

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Sífilis primaria y terciaria del aparato digestivo con
exclusión de los anejos**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Mariano Perez Florez-Estrada

Madrid, 2015

216

Tesis del Doctorado. 1908

82-1-1-1

Sífilis primaria y terciaria
del aparato digestivo, con se-
clusión de los anejos.

20.2618

(1908)

1

— Sífilis primaria y terciaria del
aparato digestivo, con exclusión
de los anejos —



Pocas, quizás, son las enfermedades que ocasionan en la humanidad los estragos que la sífilis: a tres pudiéramos reducir los más perennes y crónicos, el arrote, de la misma en el orden patológico; la sífilis, el tuberculo y el alcoholismo, todos tres dominados hasta cierto punto por un fondo etiológico común pues aunque el pretendido microorganismo de Lustgarten en el primer caso, el bacilo de Koch en el segundo y el agente tóxico en el tercero sean las causas suficientes actuando sobre ellas y como condición esencial y causa

vista como la sífilis: tiene el triste privilegio de aventajar a la tuberculosis y al alcoholismo, pues el padre alcohólico puede engendrar, es verdad, un hijo epiléptico o degenerado, pero muy pocas veces, con tan espantoso vitio; el tuberculoso no le engendra el mayor número de veces tuberculoso, le engendrará tuberculizable como diría el insigne Pater, no mediando lo mismo con la sífilis: el hijo de padres sífilíticos es muchas veces sífilítico, y ¡cosa notable! la sífilis parece que acentúa su virulencia al transmitirse al descendiente al que obrara con titánicos esfuerzos, si en el padre recorrió la sífilis sus tres periodos evolutivos, en el hijo solo dos recorre pues las primeras manifestaciones que son el coriza, la triada Hutchinsoniana, sífilides diversas, etc. indican bien a las claras su localización secundaria.

Con ninguna afecion, que yo recuerde, acaece otro tanto, ninguna acarrea el estigma de perseverancia que lleva la sífilis. Muchas víctimas ocasiona, es verdad, la tuberculosis, todos nos conmovemos de ella, arrebatada igual al Benjamin de la casa, que al cabeza de familia, cercena la humanidad y siembra el luto por los ámbitos todos de la tierra; la miseria es su más inquebrantable compañera y la orfandad su más inevitable consecuencia. Las estadísticas de mortalidad de todos los países, están ennegrecidas por los tonos tristes de las horribilantes cifras de la bacilosis de Koch; no hay nadie que no se halle ensimismado en el silencio más absoluto, al pasar la vista por los espantosos guarismos que retratan su letalidad, á la que parece envidiar la sífilis é intentar asemejarla siendo hasta cierto punto, más traidora

en su invasión, pues la se cierra sobre
nosotros envuelta en el oscuro manto de la miseria,
mientras que la sífilis se disfraza con el vaporoso velo
de la sensualidad, la una hace presa desde el princi-
pio en órganos importantísimos que aniquila y
destruye, pues si creer de Louis, la tuberculosis pulmonar
es compañera inseparable de toda manifestación
tuberculosa por circunscrita y local que esta sea, y si
la terapéutica al principio no da el resultado apre-
tado, desafia valerosamente a la materia médica,
pero en su curso no se cercena y doblega sino que
el que lo hace es un desgraciado propietario; lu-
stra principia volapudamente por una ligerísima
erusión en apariencia insignificante, no castiga
a los órganos importantes, por regla general, -
hasta para el cierto tiempo, se deja afanizar por

la terapéutica; pero lo hace traidoramente, pues siempre se halla con ojo avizor para hacer sus sucas manifestaciones, o sus enderóicas caricias y mientras en un tuberculoso si logramos vencer la lesión, podemos considerarlo curado, no diremos lo mismo de un sífilítico, pues la desaparecida roséola de hoy no le pone al abrigo de la ~~perforación~~ perforación palatina de mañana, ni del ulterior goma cerebral.

¡Y que analogía no presentan cronológicamente las dos terribles infecciones! Ambas de curso lento, lentísimo, llevando la sífilis la delantera en lo que a la lentitud se refiere; ambas atacan en todas las edades y sin embargo las dos se ceban en la juventud y ambas han ocasionado y ocasionan innumerables víctimas, ambas son dos azotes de la humanidad extendidos por los límites de la tierra, ostensibilizando a la sífilis una extensa localización geográfica al lado

le una ilimitada orgánica: apenas hay territorios geográficos que se escape de su letal influjo; lo mismo se halla en los tropicales climas, que en los templados y fríos, ataca a los individuos existentes en lugares montañosos como a los que habitan en regiones llanas. Una cosa parecida acontece en el intrincado territorio orgánico, lo mismo ataca a la aplanada región plasmática que a la rimbosa cerebral, lo mismo a la superficie orgánica que a lo más recóndito del organismo y desde los apéndices carnosos y pilosos, producciones del ectodermo hasta el ligado y epitelio intestinal, ~~producciones~~ derivaciones endodérmicas, no hay órganos que ostente la envidiable bandera de la inmunidad.

La sífilis socaba el organismo, su tendencia esclerógena a las clavas está demostrada, sus infiltraciones escleróticas endurecen los órganos

que son asientos de ella, y no que solo el endurecimiento organopático en el sífilítico se presenta, sino que hasta en el orden psíquico se extiende, pues solo por una perversión y endurecimiento moral los sífilíticos percatados de su estado acuden al matrimonio, transformando el lecho nupcial en un lecho patológico, engendrado no ya el emanto del hogar, sino el teratológico caso que en vez de reposar en la cuna, tiene que hacerle en la lugubre cama de un sífilocomio.

Nada, pues, más laudatorio ni más provechoso para la humanidad, que los esfuerzos de nuestra noble ciencia se encaminen a aliviarla de tan espantoso mal, y he ahí porque he elegido para tesis de mi doctorado asunto concerniente a la terrible infección sífilítica, porque en mi sentir unas de

las más filantrópicas obras es aliviar al género humano de un espantoso tributo genérico, en el orden patológico, y evitar en lo posible que una de las más sagradas funciones sea la cura y fuente de la más condenable de las enfermedades y nadie mejor que los sacerdotes de "la ciencia que más se aproxima a la divinidad" como decía Pícorón, han de ser los encargados de contribuir a que desaparezcan o se atenúen los estragos que la sífilis ocasiona, corroborando al proceder así el "guerriz qualchefois, son lager souvent couronné toujours" nobilísimo emblema de la Terapéutica.

Empresando por la solapada, silenciosa, indolente y tardía erosión, el chancro huntariano, arreando como escolla los duras fijas y pequeñas adenitis inguinales, pleyade gran-

glionar de Ricard, ostensibilizando su naturaleza ¹⁰
ra con las múltiples y variadas sífilides o mani-
festaciones cutáneas, a la cabeza de la que desenvuella en
prezacidad la roscola, que salpica la espalda del
enfermo a los pocos semanas de sífilisarse, castigando
y patentizando la falta con la cefalea, anemia y fie-
bre, tan irregular tan frecuente y tan desconfiada
infinito número de veces, atacando después el tegu-
mento mucoso que más directamente se relaciona
con el mundo exterior, castigando el sistema orco
que ya al no mucho tiempo de empezar la infec-
ción protestaba tenazmente con sus quejidos mac-
turnos dolores osteócepos, y posteriormente dando
ariento a neoplasias gomosas, echándose en el siste-
ma nervioso que parece poseer especial aptitud

por la sífilo-toxina, acrentando así mismo y ⁽¹⁾ac-
tando al sistema vascular que se encuentra en su
trama conjuntiva acarreado como consecuencia
lógica la esclerosis de la mayoría de los órganos en-
vejeciendo prematuramente el organismo del sífili-
tico por intermedio de la arterio-esclerosis, e indudablemente de ellos se acordaba Casalio cuando
decía "cada uno tiene la edad en sus arterias" y
muy viejas son las de los sífilíticos cuyos pe-
ruginas no quedan libres de la infección, pues las
gomas, las infiltraciones esclerosas y las degenera-
ciones amiloides dan al fin cuenta del desgra-
ciado que albergó al pretendido microorganis-
mo.

Unión amorosa, dicen los filólogos que
significa la palabra sífilis, y buhienase de año-

12
lir á mi juicio, que era entrañable unión recet-
ble entre el pretendido microorganismo de
garten y la economía que no ofrece en manera
alguna inmunidad ante su avasalladora inu-
sión, no habiendo inmunidad por edad, pues
en todas se es propicio para adquirirla, ni por
sexo pues es el resultado de mutuas caricias, ni por
órgano pues no hay ninguno que no se resiente,
ni por aparato, pues tanto el genital y urinario
como el respiratorio, circulatorio y digestivo
por ella están castigados; pero este último con
más intensidad, valiendo pues al respiratorio
por ejemplo, le castiga en segundo y tercer perio-
do, al circulatorio solo en tercero, pues nadie ha

visto en aparato manifestaciones ¹³secundarias ni primarias, al paso que en el digestivo se vea en los tres periodos.

Chancros, placas mucosas y gomas, crueles representantes del evolucionismo sifilitico, se vean en el aparato a expensas del cual nos relacionamos de un modo tan positivo con el mundo exterior y en el que con respecto a sus tor se corrabora el tan conocido cuanto veras axioma "tanto mayor es la aptitud patológica de un órgano, cuanto más grande es su actividad fisiológica" y viéndolo tanto esta última en los órganos de la digestión, no lo es menos aquella para lo que concierne a la drenta lesiones en dicho aparato sus tres periodos, ocupándonos nosotros en

trabajo solo de las del primero y tercero, pues siendo las del segundo tan conocidas, efímeras y pasajeras y al objeto de no dar al tema ilimitada extensión, estudiaremos las de los periodos extremos ser a mi juicio las mas importantes, pues por las manifestaciones primarias se hacen los sífilíticos y por las manifestaciones terciarias, se mueren los sífilíticos.

Boca, faringe, esófago, estómago e intestinos delgado y grueso. he aqui los diversos tramos digestivos extendidos desde la boca hasta el ano recorriendo la region cervical y las cavidades torácica abdominal y pelviana en ellas las lesiones sífilíticas pueden tener origen durante los tres periodos: pero de las pri-

maria y terciaria exclusivamente, vemos a
ocuparnos.

Sífilis primaria del aparato di-
gestivo. Una, una tan solo es la manifestación
inicial de la sífilis y tanto domina el hecho de
la unicidad no sólo en el concepto anatómo-
patológico sino en el clínico, que precisamente
es uno de los datos más precisos para su diagnós-
tico; en otros términos: la sífilis empieza siem-
pre por el chancro y este chancro casi siempre
es único.

Esta manifestación inicial puede, a no
dudar, localizarse en todos los tramos del apa-
rato digestivo, pues concuerda con las ideas
que proferamos, acerca de la manera de

minarse ó adquirir la sífilis, en cualquier ¹⁶ punto donde exista puerta de entrada y se deposite virus sífilítico, la esclerosis primaria puede presentarse, pero como el "prosserum" en la clínica queda sin sancionar tantas veces y una de ellas es esta, de aquí que no veamos el chancro pr en todos los órganos de la digestión, observándose que el pretendido microorganismo tiene inclinarse en el aparato quiloquodético, de aquí que apetezca en su invasión las extremidades terminales, encontrándonos el chancro en la boca, en la faringe, dejando libre el esófago, estómago y casi todo el tramo intestinal para volver á encontrarlo otra vez en el recto y ano.

Chancho bucal. En todas partes que forman la cavidad bucal puede localisarse el chancho: sin embargo no todas son igualmente castigadas: hay puntos por los que parece mostrar verdadera predilección.

En primer lugar haremos notar la frecuencia del chancho bucal que lo es el mas de todos extragenitales hasta el extremo que pudiéramos decir "el hombre se sifilita en primer término por su aparato genital y despues por su aparato digestivo." La estadística de Tour- nier asi nos lo atestigua: de 10,000 chancros sifiliticos que figuran en ella, 435 se hallaban localizados en la boca, y no solo el citado sifiliograf en sus estadísticas nos indica la frecuencia del chancho bucal, sino que otros muchos, asi

nos lo aseguran.

18

Martin presenta la siguiente estadística en apoyo de la frecuencia del chancro bucal:

<u>Localización del chancro</u>	<u>Números.</u>
Grandes labios - - - - -	81
Pequeños labios - - - - -	41
Horquilla - - - - -	28
Labios - - - - -	20

Esta estadística, bien a las claras nos dice: después de los labios genitales, son los bucales los más frecuentemente atacados por la manifestación inicial.

Esta estadística como se ve está por casos de sífilis en el sexo femenino, en donde es más frecuente el chancro bucal, a pesar de lo que en contra nos dice Diehsay otras clinicas

19
distinguidos; pero para convencernos de la poca
veracidad de sus afirmaciones corramos con la
imaginación ciertas consideraciones de orden
social, pertinentes a la perversión del sentido gené-
rico. fuente inagotable de todas las estadísticas de
lesiones sifilíticas primarias, localizadas en regio-
nes extragenitales.

No puedo ofrecer estadísticas que de un
modo concluyente corroboren este mi modo
de pensar, por encontrarme en los albores de mi
vida clínica. Lo que sí puedo asegurar es, que de
los chancros que en la cavidad bucal he visto, casi
todos sus portadores pertenecen al sexo femeni-
no.

Das afirmaciones podemos hacer en lo concer-
niente a la del chancro bucal; el chan-

cro bucal sigue en orden de frecuencia al genital ^{2o}
el chanuro bucal es más frecuente en el sexo feme-
nino.

Pero no todas las partes de la cavidad bucal
presentan la misma predilección por el chanuro
y mientras la pared superior de dicha cavidad,
la posterior o velo del paladar y las laterales o
carrillos, apenas contribuyen a engrosar la esta-
distica de los chanuros bucales; la pared anterior
del átrio o vestibulo de la boca formada por
esos repliegues valvulares, llamados labios, la in-
ferior constituida por ese órgano muscular, apu-
llidado lengua, y las glándulas linfoides denomi-
nadas tonsilas, colocadas en el triángulo espacio
que limitan los repliegues anterior y posterior del
velo del paladar son frecuentemente asiento de la esde-

rosis inicial.

¿Y cual de estas tres partes va a la cabeza de la estadística de la frecuencia del chancro bucal? Hace no mucho tiempo y antes que Diday en 1861 hiciera resaltar la frecuencia del chancro tonsilar, se señalaba la localización por el te orden: labio, lengua, amígdala:

le y merced a las observaciones de dicho autor, se modificó en el orden siguiente: labio, dala, lengua, y en nuestros días a creer a debería modificarse en este otro: amígdala, labio, lengua; es decir que según dicho autor el chancro amigdalino es el más frecuente de los chancros bucales y en consecuencia de los extra-génitales. Esto es exagerado; ya sé yo que antes de conocerse el síndrome del chancro tonsilar pasarían

muchos casos desapercibidos o engruesar las esten-
dísticas de las amigdalopatías, pero teniendo en
cuenta el modo de contaminar el virus sifilíti-
co por insensible contacto, natural y lógico es
pensar que los labios son el más frecuente asien-
to del chancro bucal y así sucede en efecto, y para
corroborar esta afirmación abierta la estadísti-
ca de Sivet diciendo que en 338 casos de chancro
bucal, 260 estaban en los labios.

Puede pues presentarse en la actualidad
esalonadas las diversas partes de la boca por la
frecuencia en dar asiento al chancro sifilítico en
el siguiente orden: labios, amígdala, lengua, eni-
uelo del paladar, carrillos y bóveda palatina.
No solo adquiere la terrible infección los

que hacen méritos para contraerla, todos, absolutamente todos por la cavidad bucal pueden adquirirlas en inesperado momento. Se aspira el líquido de una copa donde antes lo hubiera el sífilítico, puede uno contaminarse de tan espantoso mal.

Toma el niño con cuider el cotidiano alimento del peón de una nodriza con lesiones sífilíticas en esta región, y esta en vez de darle el germen de la vida le propina el de la enfermedad. Se usan cigarrillos, pijas y objetos diversos que han tenido propietarios sífilíticos y estos unil objetos pueden ser vehículo de la temible infección. Evídese en el colmo de la desesperación producida por una odontalgia a manos de un dentista, el que por rigorosidad en cumplir las prácticas listerianas, introduce en la boca instrumentos que antes lo habían estado en la

24

boca de un sífilítico, y al mismo tiempo que hace un bien notorio calmando el dolor, hace un daño positivo inoculando la terrible infección.

En todos los momentos de nuestra vida, por un descuido puede contaminarse de sífilis en lo que se refiere a su asiento en la cavidad bucal. En el taller, en los momentos y en las horas dedicadas al trabajo, en el pobre obrero atribulado por su misera existencia, gana el exasperado intento de su hogar puede llevar cierta albergada en la boca la terrible infección. Digámoslo el célebre caso del saplete en una fábrica de vidrio de París, en la que y por la costumbre de saplar por un mismo tubo varios individuos adquirieron la infección por saplar con ellos un portador de la misma. Digámoslo así mismo el caso citado por Spillmann en el que un tapicero se en la boca clavos que

otro compañero cuyo hijo había tenido en la suya ²⁵
afecta de manifestaciones sifiliticas y contrajo la
infección por vía bucal. Podríamos multiplicar
los casos.

Pero uno de los mecanismos más frecuentes
de adquirir sífilis bucal es por intermedio del
beso; ¡cuántas veces de aquella persona que más
nos ama, recibimos con el ósculo simbólico del
más puro de los carinos, el germen ocasionante
del más impuro de los padecimientos! El beso
respetuoso de un amigo, el indiferente de una
persona, el cariñoso de un padre, pueden trans-
mitir la sífilis, si ellos son sifiliticos.

Acudese a un templo a besar una imagen
simbólica de nuestra santa religion y allí en aquel
lugar que debería estar cerrada para la sífilis se
puede adquirir esta terrible infección, por haber

berado en ella una persona sífilítica.

En el templo, en el hogar, en el trabajo, en el momento más inesperado se puede adquirir la sífilis por la cavidad bucal. A estos diversos modos de contagio es a lo que Fournier denominaba sífilis injustificada.

Todos los contagios de la sífilis por vía bucal son inmediatos o mediatos, es decir o por contacto directo de la lesión sífilítica con la persona sana o por contacto de la boca de esta última con el virus que procedente de una lesión sífilítica asienta sobre un objeto cualquiera.

La mayoría de las veces, por estos mecanismos son los labios contagiados, pero la saliva contaminada con el virus sífilítico puede, al recorrer la cavidad bucal transportarlo a diversas partes de esta y de aquí se deduce la existencia en la clínica por este mecanismo,

del chancro lingual, labial, amigdalino, y si este último es más frecuente es, a nuestro entender, por el hecho de que debido a las desigualdades existentes en la superficie de las amígdalas depositarse y resaca allí alguna cantidad, aunque pequeña de saliva que por otra parte en la boca no hace más que ir de grado.

Claro es que para que el chancro sífilítico tenga lugar es necesario que se halle interrumpida la continuidad del epitelio mucoso, es decir que hay necesidad de puerta de entrada, esto es el a. b. c. de la patología infectiva; la puerta de entrada, el germen y el terreno es la trilogía esencial de la etiología infectiva. Es necesario además de la persona que infecta, tenga manifestaciones primarias o secundarias, o que el objeto que lo hace

haya estado en contacto con lesiones de dicha ²⁸ naturaleza, pues las lesiones terciarias no inoculan.

En cualquier punto de la cavidad bucal que el chancro se manifieste, sus caracteres anatómicos y patológicos serán los peculiares de dicha lesión, de modo que estudiar el chancro en el labio es, a mi entender, estudiarlo en la lengua, encia, etc; pero como bajo el punto de vista clínico hay algunas diferencias, sobre todo en la amígdala, hemos de estudiarlo en aquellos tres puntos donde con más frecuencia aparece: labio, amígdala, lengua. Y como lo que distingue el chancro de la amígdala de los de otras partes de la boca es la reacción febril y dolorosa que acompaña en mu-

En las ocasiones a dichos chanceros, voy a hacer ⁽²⁹⁾
la siguiente clasificación clínica de los chanceros
bucales con indicación de los sitios donde se presen-
tan.

Chancros sífilíticos de evolución ordinaria { Labios
Lengua
Enfias
Paladar
Amígdala
Carrillos.

Chancros sífilíticos de evolución febril y dolorosa { Amígdala

Los chancros sífilíticos febriles y dolorosos, ~~por otra~~ pues
existen en la amígdala exclusivamente y en ella tam-
bién existen los de evolución ordinaria, los que por otra
parte asientan en las demás regiones de la cavidad
bucal. Entiéndase, bien, el espíritu de nuestra clasi-

ficación: al decir que en la amígdala solo los de evolución febril y dolorosa, me refiero a chancros febriles y dolorosos por sí, es decir, sin concomitancias patológicas ni irritaciones mecánicas, porque por efecto de estas un chancro de la lengua puede ser doloroso, pero sin estas, el de la lengua no lo es, mientras que si el de la amígdala.

Como regim nuestro modo de pensar los repliegues valvulares que obturan la entrada del aparato digestivo, haciendo una parrotia patológica a los repliegues que obturan la del aparato y tal, son el sitio más frecuente del chancro bucal emperaremos a describir el

Chancro labial. Una vez descripto el

31
virus sífilítico (y no digo el agente microbiano
porque en la actualidad no se conoce, pues aunque
Lustgarten concede al microorganismo que preten-
de haber aislado, el papel generador de la infección,
y Piorkowsky recientemente haya presentado una
comunicación a la sociedad médica de Berlín di-
ciendo haber hallado el bacilo de la sífilis, pues ba-
cilo era el hallado por dicho observador, nada se
ha comunicado sobre este particular) depositado
pues, el virus sobre una erosión, por insignifican-
te que fuese, en el labio de una persona sana y
después de un lapso de tiempo de 3 ó 4 semanas du-
rante el que germinaba en la economía la semilla
morbosa, tiempo que se llama de incubación, presen-
tarse en el punto de inoculación una ligerísima

32

grieta o hendidura tan insignificante, que apenas logra llamar la atención del enfermo; dicha hendidura aumenta sin cesar y al poco tiempo lo que era grieta, es úlcera perfectamente constituida, de contorno circular, poco profunda, tan poco, el mayor número de veces, que atendiendo a este carácter del chancro sifilítico y a la ~~induración~~ induración sobre que asienta, alguien lo definió diciendo: "es una exulceración asentando sobre una base dura" y efectivamente aquella úlcera profunda, indolora, en cuyo fondo ostenta un color rojo oscuro, sin el menor vestigio amarillo pues no supura nada absolutamente a no ser que sobredegan asociaciones micobacterianas; los bordes de la ulceración, gruesos,

hipertroficados, duros, asientan sobre una ...
 más o menos perceptible según la localización del
 chancro y que da en algunos puntos del labio la sen-
 sación de un trozo de cartón empujado en los tejidos
 o de una semiholita dura sobre cuya superficie
 hemisférica asientara la ulceración.

Muchas veces esta no existe apenas y el aspecto
 de la lesión es el de una tumoración en cuyo vérti-
 ce se presenta una descarnación epitelial tan ligera
 a veces que lo que llama la atención es la dureza inso-
 lita, hecho que sirvió indudablemente a los alema-
 nes para denominarla esclerosis inicial, en atención
 a que no hay ulceración, no aviviéndose en ese
 caso el aspecto de la lesión con la denominación
 de chancro.

Otras veces, en el babilio, afecta el chancro sifilítico el aspecto de una lesión tumoral asemejando una vejiga pápula, hipertrofiada y dura: he tenido ocasión de ver dos chancros sifilíticos con dicho aspecto, pudiendo afirmar que es en el babilio en donde el chancro toma con más frecuencia ese aspecto papuloso.

Cuando la manifestación inicial toma el aspecto de úlcera, un ligero escudado constituido por leucocitos, elementos de fibrina y glóbulos linfáticos la cubre, el cual concentrándose, bajo la acción del aire forma una pseudúscula contra que al desprenderse por repetidos rozos, deja entrever aquella ulceración de vejigoso aspecto.

Cuando afecta la manifestación inicial el aspecto de úlcera, esta, según los alemanes, es la ser

segunda fase de la manifestación primaria de la sí-
filis pues según ellos, el chancro no lo es desde el
principio, es decir, que la úlcera no ~~se~~ presenta
en principio, sino que lo que inicia dicha manifes-
tación es el endurecimiento de los tejidos superfí-
ciales, á lo que denominaban esclerosis inicial, ha-
biendo ocasiones en que esta de por sí constituye
toda la primera manifestación y otras en que
termina ulcerándose en su superficie, constituyen-
do entonces el chancro ó segunda fase de la mani-
festación primaria según parece desprenderse del
concepto de los alemanes respecto á dicha manifes-
tación. Completaremos dicho concepto diciendo: la
manifestación inicial, tiene dos periodos ó fases

en su evolución anatómo-patológica: 1.^a o de esclerosis; 2.^a o esclero-ulcerosa, debiendo denominarse así, a mi juicio, porque cuando aparece la ulceración no desaparece la esclerosis, sino que esta persiste, resultando un híbrido anatómo-patológico que me hace dar denominación a la segunda fase de la manifestación.

En algunas ocasiones esta segunda fase esclero ulcerosa no existe, clínicamente hablando, pues lo único que se percibe en el vértice de la esclerosis es una ligerísima inflamación que no merece la denominación de úlcera, y solo la esclerosis por si constituye toda la primera manifestación, observándose un enduramiento rojo oscuro cuyo color disminuye.

do de tener la medida que nos separamos de su centro, va a confundirse con los tejidos vecinos: aspecto da origen a una variedad de chancro proponemos denominar esclerosos.

Ocasiones hay en que sobre las úlceras sifilíticas se depositan estos microscopicos seres irreconciliables enemigos del fisiologismo orgánico: los microbios de la supuración, entre los cuales el estreptococo ostenta su juro envidiable supremacía, recubriendo la superficie del chancro de los pusulentos detritas, restos de fagocítica lucha y al recubrir aquella elevada induración el amarillento manto del pus, da al chancro un aspecto pustuloso.

Peró las más de las veces ostenta el chancro labial el aspecto de una úlcera de bordes

regulares intimamente adherido al tejido subyacente, no existiendo en consecuencia apenas diferencia de nivel entre el fondo y la superficie: aquel de rojo color de musculo, erizado en ocasiones de papulas, asentando sobre su base dura, acartonada, rigida, enprofundada en los tejidos que no duelen y parecen ofrecer el minimum de protesta ante aquella inica lesion, pero punto de partida de multiples ulteriores y graves: esa es la manifestacion clinica del *Chancre labial* y al que, parodiando a Celso que señalaba cuatro indelibles caracteres en la inflamacion, cuatro podemos asignar al *chancre sifilitico*: el ser inico, indoloro, duro

y limitado; ¡lástima grande que no tengan estos la imperturbable constancia que los asignados por el immortal Celso al proceso fisiológico!

Diversos son los aspectos que el chancro lincutoriano presenta en el labio, pero no acabar aquí: ocasiones hay, en que lo único que representa es una mancha roja - oscura, que tiene por asiento aquella dureza, tan tenaz, tan insolita y persistente, y que a no ser por ella que daría sin diagnosticar el chancro tantas veces sobre todo cuando afecta esta forma:

He aquí los aspectos que puede ofrecer en la clinica el chancro labial:

e

Chancro ulceroso
 " escleroso
 " papuloso
 " costroso
 " maculoso
 " protuloso.

Estos seis aspectos se encuentran en dos, a mi juicio: ulceroso con sus variedades costroso y protuloso, cuyo mecanismo de producción indicamos, y escleroso con sus otras dos papuloso y maculoso.

He de hacer una aclaración: propuse denominar chancro escleroso a aquel en que el endurecimiento y la ausencia de ulceración constituye toda su manifestación clínica y por

(41)

Siérase me objetar que el decir chancro ex-
tero es un antagonismo en el lenguaje por la di-
ferente y opuesta significación de ambas palabras.
he de contestar, que para mí la palabra chan-
cro la hago sinónima de manifestación ini-
cial de la sífilis prescindiendo en absoluto de
su significación etimológica.

Aunque algunas diferencias presenta en
ocasiones, no son grandes las que existen entre la
manifestación inicial en el labio y en los órganos
genitales. Hacen grande Tema Fournier al
decir "el chancro del labio es sencillamente el
chancro genital transportado a la boca" encor-
rando a mi juicio, estas palabras una gran
verdad en el orden etiológico.

42

Cualquiera de los aspectos del chancro señalado anteriormente, pueden presentarse en todos y cada uno de los labios, observándose en el inferior una afinidad patológica especial análoga a la que ofrece dicho labio para el proceso carcinomatoso y que al igual que este, pueden desarrollarse en cualquiera de sus caras o bordes, no originando más trastorno que una ligera molestia que se acentúa durante los actos de la risa y succión: esta molestia, que unos enfermos comparan a una sensación de trinter y otros a una sensación de cuerpo extraño injerto en sus labios, es tan ligera, que la mayoría de las veces el enfermo no tiene noción de la existencia en su labio de un chancro sino se percibiera por la gualitativa y por que con proce-

ciudad protestan de la invasión del pretendido microorganismo de Lutzgarten, los centinelas avanzados de la defensa orgánica, los ganglios a donde alcanzan los vasos linfáticos que toman su origen en la región donde ariente la manifestación inicial.

Los ganglios supra hiales medios, mas veces, los laterales otros, y en ocasiones simultaneamente por razones de orden anatómico, se hallan enflaquecidos, aumentada de volumen, rodando bajo la piel indicando la indolencia que aqueja simple grieta o evulceración que asentando en subalio descausa, sobre una proliferación de células embrionarias que encerradas en trabículas de tejido conjuntivo aprimen y ahogan a su vez a las

pequeñas arteriolas de aquel territorio, que desde ⁴⁴⁴ un principio endurecen sus paredes denotando la esclerosis tendencia de la lesión que en el labio inferior orienta casi siempre.

Si el diámetro al asentarse en dicha región tuviera siempre los mismos y determinados caracteres, si el polimorfismo anatómico-patológico no fuera un hecho positivo, si en la naturaleza no dominara como domina el concepto de unidad, corroborado no solo en lo morfológico en que se ve palpablemente todo girar alrededor de unas cuantas y limitadas formas, sino en lo fisiológico en que se halla todo hermanado y condenado en las tres grandes funciones de nutrición relación

148

y reproducción, y en lo patológico observando que todo es transformo en el modo de ser o en la manera de estar, y a lo traumático neoplásico, infeccioso y trófico podemos reducir todo lo que de anormal en el organismo existe; si ese estrecho lazo en lo anatómico patológico no existiera, si la involuta y estrecha cadena de la unidad no dominara en los tres grandes reinos de lo morfológico, de lo fisiológico y de lo patológico no nos expondríamos al tener un hueso entre las manos a dudar si se trata de la primera o de la segunda falange, de la cuarta o de la sexta vértebra dorsal, no dudaríamos que el bazo es órgano que acaudala, que asimila los detritus orgánicos para engendrar glóbulos

nuevos, o es por el contrario, uincera que los desasimila, aniquila y destruye, ni dudariamos si el individuo que se asfixia en un intenso ataque de disnea, está afecto de una neurrosis pulmonar o se halla padeciendo una cardiopatía orgánica, si el enfermo que tiene una ulceración en un labio es un individuo que está bajo la acción del virus sífilítico o es un enfermo que dobléga su cerviz ante un proceso carcinomatoso.

Debida a esta analogía que no hace excepcion como sabemos en lo que a lo anatómico, patológico y clínico se refiere, la existencia de un tumor, de una úlcera, de una pápula o de una costra, aspectos con que puede presentarse el chanro labial, puede confundirse con lesiones diversas

que asientando sobre la misma region, ofrecen esos ò parecidos aspectos.

Estas lesiones son: el forimculo, el epiteloma, el herpes labialis, la úlcera tuberculosa, el ~~eczema~~ eczema, el ectima, las aftas y las cicatrices endurecidas y elevadas que consecutivas à cauterizaciones con potasa cáustica, agua regia y otros agentes desorganizantes del tegumento externo.

Todas estas lesiones presentan caracteres que las asemejan à algunas de las variedades del chancre labial que hemos señalado y así el llamado escleroso se puede asemejar al forimculo y epiteloma, ~~el~~ ulceroso al herpes labialis, aftas, úlcera tuberculosa epiteloma ulcerado, el

contrario al aczema y ectima.

He aquí las lesiones con las que puede confundirse el chancro labial en sus diversos aspectos:

El chancro ulceroso se asemeja al { epiteliooma ulcerado
 úlcera tuberculosa
 herpes labiales
 aftas

El chancro escleroso se asemeja al { forúnculo
 epiteliooma
 cicatrices consecutivas o contra-
 riasaciones

El chancro contrario se asemeja al { eczema

El chancro pustuloso se asemeja al { ectima

Analogía evidente presenta el chancro ulceroso con la epiteliooma; son muchos los clínicos que citan casos de enfermos que han estado sometidos

al tratamiento de prueba, que les vino a probar por negativos resultados terapéuticos obtenidos, que no era una infección, sino un neoplasma epitelial lo que presentaba; por el contrario enfermos que tenían en su labio inferior la manifestación primaria han sido víctimas de un atropello quirúrgico por alguien que pensó vislumbrar en lo que era un chancro duro, el más maligno de todos los neoplasmos. Y como otra de las graves lesiones con la que el chancro duro puede confundirse es la úlcera tuberculosa, error tanto más lamentable cuanto que se causa un daño inmenso y positivo al enfermo que presentando una úlcera tuberculosa en sus labios, se le somete

80

te al tratamiento mercurial, sospechándose
trato de un chancro, cuando se lograrían mara-
villosos resultados terapéuticos con el tratamien-
to antituberculoso bien dirigido. Vamos, al obje-
to de evitar tamaños errores de diagnóstico, per-
juicios evidentes para el enfermo, desméritos enor-
mes de las ciencias médicas, á exponer los caracte-
res diferenciales entre estas tres afecciones que ase-
tando en el labio inferior, al confundirse originan
verdaderas hecatombes, presumes baldones del
nobilísimo arte de curar.

Caracteres diferenciales entre el chancro, úlcera tuberculosa y el epiteliooma asentados en el labio.

Chancro humano ^{antiariano}	Úlcera tuberculosa	Epiteliooma.
Producido por el prototipo de bacilo Lustgarten o por el de Piontkowski o por ninguno de los dos, pero debidamente microbianos.	Producido por bacilo descubierta por el inmortal berlinés en el mes de Mayo del 82.	Producida por la luxuriosa proliferación de células epiteliales, insertadas en el degenerado y desregulado tejido conjuntivo.
Se presenta en todas las edades.	Se presenta preferentemente en la juventud.	Se presenta, parados los 40 años.
Es más frecuente en el sexo femenino.	Es su frecuencia igual en ambos sexos.	Es muchísimo más frecuente en el sexo masculino.

Es indoloro.

Es poco dolorosa.

Es dolorosísimo.

La fonda es lisa.

La fonda está sembrada de granulaciones amarillentas.

La fonda está erizada de sangrantes papilas.

La color es rojo oscuro.

La color es amarillento, presentando color mas granulaciones que sobre descansan puntos amarillentos de (relat.)

La color es rojo oscuro.

Chanero humtariano.

Hay adenopatía pre
co múltiple, dura e
indolora.

Avienta sobre una
base dura.

La lesión
es seca.

La lesión inicia

Úlcera tuberculosa

La adenopatía no es
frecuente y si la hay es
dolorosa y no es raro
verla supurar.

Avienta sobre tejidos
fosos.

Es eminentemente
purulenta.

Puede ser múltiple y va
acompañada de ma
nifestaciones
en muchas veces.

Ersiteloma. 53

La adenopatía es
tardía y dolorosa.

Avienta sobre

Es eminentemente
hemorrágica.

Puede ir acompañada
de neoplasma en
otra región

El mercurio la cura.

El aire, el reposo, la sobre-
alimentación y la desin-
fección local la haran de-
saparecer.

Nada hay tan eficaz
contra él más que
una angustia extir-

Le subsigue la rosio-
la, sifilides y toda la
erecta sintomatoló-
gica de la infección
sifilitica

Le sigue, cuando no la
acompaña, la to, la he-
matitis, la fiebre,
res de la tuberculización
pulmonar.

Le sigue la anemina, la
disminución de equiva-
lente, hemático, la ca-
quesia, la metastasis.
La generalización...
cuando se opera, la,
recidiva.

Examinadle al mi-
croscopio, no vereis
microorganismos
especificos.

Examinadle vereis el
bacilo de Koch.

Examinadle vereis
la célula de Lebert,
nada especifico, y
ente Doyen
observará su número
cocus neoformans.

55

Si al observar la lesión, al parecer la inicial de la infección sífilítica, solo resaltara al ánimo la duda de si se trataría de una de las tres enunciadas en el anterior cuadro bastaría llevarle en la imaginación para resolverla; pero decíamos que a más de estas dos lesiones, puede confundirse el chancro con otras lesiones que asientan en dicha región.

Y así el chancro puede presentar analogías con el herpes labialis; pero al lado de estas resaltan diferencias, y estas son las que nos conviene conocer bajo el punto de vista del diagnóstico. Nadie, seguramente, confundirá un chancro labial, no

ya ulceroso, sino de cualquiera forma anatómico-
 patológica, con el herpes de la misma región, cuando
 este se hallara en el primer período o de vesículas; la
 fisionomía de estas es tan diferente de la esclerosis ini-
 cial, que huelga señalar sus caracteres; pero el perio-
 do de vesiculación del herpes no es constante,
 tras dura la afección, sino que aquellas vesículas pe-
 queñas, mal las puntas de alfiler que albergan un
 líquido seroso o purulento se reabsorben la cu-
 pula epidérmica que la encerraba y al desprenderse
 esta deja una escoriación y únicamente con esta
 permitido hacer el diagnóstico diferencial del
 chancro.

Però el febril, de malestar general, de inapetencia del herpes no es peculiar del chancro, el color rojizo claro de este, difiere del rojo oscuro del chancro, el prur y ardor que al herpes acompaña contrasta con la indolencia del chancro, la multiplicidad y pequenísimo tamaño de las ulceraciones del herpes, resaltan al lado de la unidad y tamaño mayor del chancro, la tendencia à la forma circular del chancro en nada se parece al irregular contorno de las ulceritas herpéticas; la dureza sobre que asienta el chancro, contrasta notabilísimamente con la flojedad de los tejidos que sirven de base al herpes; la duración de estas es efímera, la

de aquel larga: el herpes es una lesión local que constituye por sí todo el proceso. el chancro es una lesión local, primer peldaño de una infección generalizada.

Cuando el chancro ulceroso, asienta en la cara mucosa del labio, como en dicha cara pueden observarse ulceraciones aftosas podría haber confusión; pero en las aftas, aquellas ulceraciones circulares, cortadas à pico, de fondo grisáceo, van precedidas de vesículas à las que preceden manchas rojas y la úlcera aftosa para llegar à tal, para por los dos fases de mancha y vesícula, y al multiplicarse, como lo hace, asienta no solo en la cara interna de

59

los labios sino en el carrillo, en la lengua, en el pa-
ladar, yendo acompañadas de fiebre tan constan-
temente, que alguien propuso para dicha enfermedad
el nombre de fiebre aftosa, en lugar de estomatitis. En-
camínese al microscopio el contenido de una vesicu-
la, y el producto resultante hallaremos el bacilo de
Pfeiffer. Son pues suficientes los elementos de diagnós-
tico diferencial entre las ulceraciones aftosas asenta-
das en los labios y el chancro.

No es raro que el chancro labial, la ulcera-
ción sea lo de menos y la esclerosis sea lo de mas;
cuando esto acaese propusimos denominarle
chancro escleroso, y esta forma anatómica patoló-

gica del chancro pudiera ofrecer analogias con el forniculo. Pero el forniculo es una inflamacion y el chancro es una esclerosis: en el primero hallaremos grabados los cuatro signos que Celso asignaba a la inflamacion, dolor, tumor, rubor y calor, y en el segundo encontraremos los cuatro que se le ha asignado: el ser indoloro, indoloro, duro y limitado: en aquel hallaremos dureza, es verdad; pero es la dureza inflamatoria, mientras que en el segundo hallaremos la dureza esclerosa: el forniculo supura, era es su terminacion, el chancro no: en el pus del primero examinado el microscopio hallaremos el estafilococcus aureus, en el chan-

no podemos examinarlo porque no se presenta, el forcinulo se cura lavando la lesión con el bichloruro de mercurio, el chancro lavando, no la lesión sino la economía con el licor de Van-Svieten.

Apdelmos á la anamnesis que nos dara á cer la existencia anterior de quemaduras en un punto del labio con un agente cáustico cualquiera y este detalle conmemorativo, juntamente con el aspecto de la lesión que difiere notablemente del de el chancro escleroso, serán elementos sobrado para no confundirle con las cicatrices consecutivas ó ~~con-~~ terminaciones.

Del ~~eczema~~ se diferencia en que la multiplicidad de las lesiones de este contraste con la unicidad del chancro labial, en que las ulceraciones eczematosas siguen a las vesiculaciones del mismo origen, y las adenopatías del eczema, tienen más tendencia a la supuración que las del chancro labial.

Puede el chancro presentar un aspecto pustuloso, decíamos en páginas anteriores, aspecto que es el resultado como sabemos de una asociación microbiana, y entonces cabía confusión entre la manifestación y estructura, pero hasta recordar que en este las pustulas son anchas, múltiples, discretas y fibrinadas, asentadas sobre base inflamada, acompañadas de infarto ganglio-

nares que en ocasiones supuran y siempre duelen, y que el chancro es innato, desarrollando sobre base dura y con adenitis indoloras, duras y que no supuran, para que no haya lugar a confusión entre el ectima labial y el chancro de la misma región.

Mas, no solo en dicho punto de la cavidad bucal puede localizarse el chancro; en el órgano muscular mucoso que le sirve de suelo, en los tabiques musculos cutaneos que forman sus paredes, así como en el fibro mucoso y el repliegue membranoso que forman su techo, puede tomar asiento; pero su evolución clínica^{na} difiere apenas, cualquiera que sea el punto en que se presenta, de la que ostenta cuando se

se halla en el labio, y describirla en la lengua, ensayo
o paladar seria repetir todo lo que del discurso
labial llevamos dicho, puesto que en todos esos pun-
to, el discurso sigue, conforme a la clarificación
antes hicimos, en evolución ordinaria.

Hay, empero, unos órganos que se hallan si-
tuados en la cavidad bucal, encerrados en el
cú que esos dos repliegues plicados conocidos con el
nombre de pilares palatinos, dejan entre sí, órganos
de estructura análoga a los ganglios linfáticos, de-
fensores poderosos destinados a contrarrestar los he-
tales efectos que los agentes microbianos tienden a
reproducir en los diversos tramos digestivos, órga-
nos esclavos del filantropismo propio que estos lla-

madros a desmenuzarse y que tan a las maravillas desarrollan, acrecentando su volumen hasta llegar casi a unirse, cual si quisieran formar inexpugnable muralla, a los archimicroscópicos seres que hurlan el mayor número de veces sus malditos esfuerzos: esos órganos, son las amígdalas afectadas por el virus sífilítico en su invasión.

No hace mucho tiempo, se consideraba a los pilares prelatinos como uetustas columnas incapaces de ser asaltadas por el microorganismo de garten; nadie había osado pensar en lo atrevido que él era, que asentaba sus lesiones en aquellas glándulas, que con nadie se metían si no se las molestaba.

¡ Como iban á suponer los antiguos clínicos...
 que el virus sífilítico que hostiga en su
 á todo lo más periférico y externo de nuestra eco-
 nomía, osara internarse en las profundas anfra-
 tuosidades de esa tenebrosa gruta palatina que os-
 tenta los pilares y la ciñula cual misteriosas ester-
 lactitas y encierra las tonsilas á la manera
 de abruptos penascos.

Pero; ahí que eran demasiado anchos
 los al parecer tan angostos arcos constituidos
 por esos repliegues del velo palatino, para que
 el virus sífilítico los atraviere á las mil ma-
 ravillas y la prueba más palpable la tenemos
 en las modernas estadísticas que nos indican
 que el chancro amigdalino es de los más frecuentes.

(67)

tes de la cavidad bucal, hasta el extremo de que Bock, no ha dudado en afirmar que el chan-
cro de la amígdala es el más frecuente de todos los
estrágénitos y Fournier deja entrever el mis-
mo pensamiento cuando dice que al observar
cómo van las cosas, cómo se multiplican las ob-
servaciones, no duda en afirmar que el chan-
cro amigdalino ha de ocupar el segundo pue-
sto de frecuencia entre los chancros bucales.

No creemos que haya llegado á regre-
sar el chancre labial por las antedichas razo-
nes, pero lo que sí afirmamos es que el chan-
cro amigdalino es más frecuente de lo que
generalmente se cree y si ha pasado desaperci-

68
hido es porque el mayor número de veces el
chancro ostenta en la amígdala una evolución
que no ha presentado jamás en parte alguna
de la economía.

El chancro de la amígdala es febril y do-
loroso en un gran número de casos y este hecho
es de tan alta trascendencia que por eso le dedi-
camos una descripción aparte.

Con arraigada se hallaba la idea de
que la indolencia era un síntoma inherente á
la evolución del chancro duro. Tan constante se
consideró ese carácter que á ello ha obedecido in-
dudablemente el que el chancro tonsilar pasara
desapercibido en el transcurso del tiempo y al

(69)

principio era ignorado y después Velpeau solo admitia su existencia en la mujer y ulteriormente Nivet, en una estadística de 260 casos de chanuro lúeo faríngeo ha contado 29 en la amígdala y ya hemos manifestado opiniones tan autorizadas como Tournier y Rocck. Pero es indudable que el primero que hizo hincapié en la existencia del chanuro tonsilar fue Diday, en 1861 que en una memoria leída á la Sociedad de ciencias medicas de Lyon, señaló la existencia de esa puerta de entrada de la sífilis, hasta entonces para todos desapercibida. Pero á pesar de esa voz de alerta dada por tan insigne clínico, no cabe dudar

que no se le dió al chancro de la amígdala la importancia que le corresponde hasta que se observó su evolución clínica especial y diferente al de las otras regiones.

¿Cuál es la causa de que esa lesión que iba siempre enmascarada con el aspecto de la indolencia, al localizarse en la amígdala pierda ese carácter para evolucionar con tanto dolor con tanta fiebre como pudiera hacerlo la amígdala más virulenta? La razón es, para mi, sencillísima: todos sabéis á lo que actualmente se han equivocado las amígdalas; son, dicho en pocas palabras, dos ganglios linfáticos, su estructura

es en un todo análoga a la de estas glándulas; ahora bien nadie, desconoce el papel que el tejido linfático está llamado a desempeñar en nuestra economía, nadie pone en duda seguramente que es un tejido llamado a defender el organismo de los ataques microbianos; que, ¿no se observa a diario en la clínica, en la infección por local y pequeña que esta sea en la inflamación más tenue que origina en la más pequeña erosión aumentar de volumen los ganglios tributarios de la región afectada? ¿no se observa tanto en el más pequeño forunculo como en el carcinoma más encefaloide, reaccionar, pro-

testar á los ganglios que aumentados de volumen parecen intentar impedir la emigración del agente microbiano? pues bien, he ahí retratado el papel de las amígdalas; á que obedecen esas anginas neumocócica, estreptocócica etc, no más que á la defensa tonsilar que de no detener el agente microbiano, este tendría vía libre hasta localizarse en el pulmón determinando una pneumonia ó un absceso? muchos de los microbios que no esperaban otra estación de parada que el parénquima pulmonar, tienen que entenderse con las amígdalas que les detienen al paso encerrándoles en aquellas oquedades que salpican su superficie convertidas durante la inflamación en ver-

daderas criptas microbianas: si no tuvieramos amígdalas, es evidente que no habría apneas anginas, pero no es menos cierto que el número de bronquitis y neumonías sería muchísimo mayor.

Ya sabemos la función de esas dos glándulas colocadas en los espacios interquilares y si vemos que sus análogas, los ganglios linfáticos, se infarctan cuando el agente microbiano se localiza a distancia; que no sucederá cuando se pone sobre ellas? Colocad el virus sifilítico sobre las mismas amígdalas y estas protestan tenazmente inflamándose y aumentando de volumen, ocasionando dolor, reacción febril, todo el cortejo sintomático

74

que hemos de ver en la mayoría de los chancros amigdalinos.

En estos, aunque pierda algunos de los caracteres asignados al chancre ostenta y conserva otros, cual es, el ser único; el chancre amigdalino ataca a una amígdala, son raros los chancros tonsilares bilaterales sin embargo Jullien en la Presse Médicale de 13 de Marzo de 1891 indica el caso de una joven que tenía en cada una de sus amígdalas un chancre ulceroso. Morestin cita otro caso observado por él en una joven de 25 años que acudió al hospital Broussais el que ha observado algún caso más ha sido Duncan Balhley. Casos de chancro doble en una misma amígdala se han

observado algunos

He dicho que la mayor parte de las veces, el chancro tóxico evoluciona de un modo febril y doloroso y lejos de parecer el primer yeldano de infección tan crónica como la sífilis, parece la primera manifestación de algo tan agudo como un ataque de reumatismo. Pero no siempre el chancro tóxico evoluciona del modo dicho, sino que hay ocasiones en que depositado el virus sífilítico apenas reacciona el tejido tóxico, formando la piola inicial, la esclerosis ulcerada más tarde de bordes, irregulares, duros, etc. con caracteres, en un todo análogos a los descritos para las labias presentando sin embargo caracteres peculiares de la

76

región, indudablemente que son el difteroides y el gangrenoso: el primero equivale en mi sentir al que llamábamos costroso en el labio, solo que allí el proindole de región, se cubre la superficie del chancro de una costra pardusca; aquí por naturaleza de órgano, se cubre de un exudado blanquino fibrinoso de una membrana que forma un fino velo a la ulceración dándole un aspecto diferente.

Otras veces la ulceración, poco prominente se cubre de una capa negruzca que desprendiendo un hebreo exudando se desprende dejando una ugueda.

Este es el chancro tonsilar de forma gangrenosa.

El ulceroso, el difteroides, el gangrenoso, aspectos todos que puede revestir el chancro amigdalino evolucionan de dos maneras distintas, en una

94

siones a un principio insidioso sigue una evolución torpida y el enfermo no se apercebirá de su lesión sino hallar una lagar cadena poligangliosa que baya a lo largo del cuello indicando la vía que el virus sifilítico sigue, y una dureza en su amígdala que contrasta con la otra, blanda, roja, como órgano linfático.

Peró no acarrea siempre así las cosas, la mayoría de las veces el desarrollo de la amígdala principia a la manera de la amigdalitis vulgar, calor, frío, malestar general, fiebre de 40° , orinas albuminosas y como síntomas funcionales, dificultad a la deglución hasta el extremo de que el enfermo hace vómitos y varia repetidamente de posición de

78

cafeza, al intentar deglutir por liquido que sean los alimentos, voz gangosa, dificultad de los movimientos de la mandibula inferior: la region cervical dolorosa e infartada, el dolor se irradia en distintas direcciones y la cefalalgia viene a coronar sindroma agudo.

Si os preguntara que acabo de describir, si amigdalitis vulgar o un shancro tonsilar de evolucion anginosa, os quedariais perplejos sin saber que responder, cuando la contestacion es sencillissima diciendo que he descrito las dos, tales con sus analogias clinicas!

Abraze la boca del enfermo y cosa digna de llamar la atencion: en vez de encontrar un tinte difuso, rojo y congestionado extendido por toda

aquellas eminencias y depresiones de la anfractuosa región, como parece corresponder a ese anginoso cuadro, nos encontraremos la mucosa faringo-palatina de color normal y hay mas, una amígdala sana y la otra aumentada de volumen, endurecida con una placa rojiza, barnizada del tamaño oscilante entre una lentejuela y una peseta o una úlcera anfractuosa, profunda, de rajos y duros bordes o un erudado blanquísimo, amarillento, adherido, debajo del que se oculta la ulceración específica o una placa negruzca, fétida y gangrenosa.

Pero a veces hay, en que no se descubre por más que se busca la ulceración, y esta si existe es tan pequeña y tan desapercibida para en la super-

80

ficie del órgano Tormentoso, húmedo, rojo, duro que
esos son los casos que debemos denominar amigdalitis
shaucorosa.

Voy a citar el siguiente caso demostrativo: el
día 12 de Octubre ingresó en el Hospital de Marinos
del Terral José... marineró de 2.^a aquejado
un tan intenso dolor de garganta irradiado a
ambos oídos que la deglución le era pronto menor
que imposible, había tenido calofrío y la temperatura
era de 99'4 la anorexia y la lengua salerosa
completaban ese cortejo sintomático.

Mandéle abrir la boca y deprimida la lengua,
he aquí lo que se ofrecía a mi vista: la mucosa
~~la mucosa~~ faríngea y del velo del paladar ostenta-
ba su colorado color normal, pero de entre los pilas.

res anterior y posterior derechos del velo del ⁽⁸¹⁾ paladar, se veía salir una porción de amígdala voluminosa, roja, reluciente que parecía ir en busca de la homóloga del otro lado que sumergida en su triangular guarida parecía existir impávida, inmune al proceso moribundo que castigaba a su compañera.

La amígdala enferma, se halla afectada de una gran dureza como pudimos comprobar pasando varias veces el dedo con el que apretábamos su superficie de adelante atrás y de arriba abajo; esta dureza recuerdo que me llamó la atención no era la dureza de una inflamación vulgar.

El diagnóstico de la lesión de nuestro enfermo

es de los que se hacen con nada más que abrir la boca: nuestro enfermo tenía una amigdalitis localizada a la ~~tonsila~~ ^{amígdala} derecha. Pero aquella unilateralidad de la lesión, aquella falta de concomitancia patológica en la otra amígdala, era proximidad del resto de la mucosa de la cámara posterior de la boca y de la faringe me daban que pensar, no es una amigdalitis vulgar dije, pues nada menos vulgar que una amigdalitis unilateral. Haciendo la palpación del cuello, observé cerca del ángulo de la mandíbula, un ganglio voluminoso, duro e indoloro y a pequeña distancia de este y por debajo tres más pequeñas, aunque también infectadas, esto además si que no se parece a la que acompaña a la amigdalitis vulgar.

aquellas son voluminosas dolorosas, y estas son
 pequeñas e indoloras; palpé repetidas veces el ue-
 llo de aquel enfermo cerraba los ojos y parecíame
 que estaba palpando la ingle de un sífilítico;
 una idea cruzó por mi mente, aquella adenitis
 tenía todos los caracteres de las adenitis sífilíticas
 (múltiples, indoloras, pequeñas) si la adenitis era
 específica, aquella lesión tonsilar que la origina-
 ba, también lo era; indudablemente y conforme
 con esta manera de pensar, se hallaban la unila-
 teralidad de la lesión, la dureza y la adenopatía cer-
 vical, triada sintomática que acompaña al
 absceso de la amígdala. Esta triada la veía perfec-
 tamente en mi enfermo, pero el absceso no
 le divisaba por ninguna parte.

84

¿Existe el chancro y yo no lo veo, por ser el demasiado pequeño y yo demasiado miopé o no se encuentra la ulceración chancrosa y por lo tanto no puedo verla?

Es indudable que de existir dicha ulceración, esta es tan pequeña que pasa desapercibida o se halla sumida en una de las criptas tonsilares; en este caso se observa un hecho dominante: el predominio de la reacción inflamatoria sobre la ulceración; esta forma de chancro amigdalino es la que propongo denominar amigdalitis chancrosa.

Ya se ve que existe una amigdalitis difusiva que sobreviene en el segundo periodo de la infección, pero esta presenta una fisiología

85

era muy distinta de la amigdalitis chancrosa y muy parecida a la angina vulgar de la que difiere no más que por su etiología, pero en nada por su evolución, en ella no hay en modo alguna limitación a una amígdala, ni esa dureza propia del chancro amigdalino; hay era rubicundez de la faringe que toma un tinte bermellón, es, en una palabra una angina sífilítica, pero no una amigdalitis chancrosa.

A esta la asignamos nosotros, dos caracteres de los tres que constituyen la trilogía sintomática del chancro amigdalino; estos dos caracteres son la falta de ulceración aparente y la gran reacción inflamatoria.

Es mayor, mucho mayor la reacción

86

inflamatoria en la amigdalitis chancrosa, que en el chancro tonsilar ulceroso y gangrenoso; parece que el virus sífilítico en vez de agotar su energías en destruir el tejido ovariando una ulceración, las emplea en hostigar directamente el sistema vascular de aquella glándula que parece protestar de la brutal agresión, dilatando sus vasos, multiplicando sus células, aumentando su volumen, enrojeciendo su mucosa.

El chancro tonsilar, pues, reviste varios aspectos todos los que evolucionan de dos maneras completamente opuestas, ó insidiosa, indolora y apurativamente ó brusca dolorosa y de una manera febril.

Para su diagnóstico diferencial, es necesaria la siguiente clasificación.

Chancro tonsilar de evolución insidiosa y apirética.

Chancro tonsilar de evolución anginoso.

El primero se asemeja a la úlcera tuberculosa, epiteliooma, en una palabra a los procesos que se asemeja el chancro labial, que tiene la misma evolución que los del primer grupo de chancros amigdalinos; ¿queremos hacer su diagnóstico diferencial? volvamos unas páginas atrás y todo lo referente al diagnóstico diferencial del chancro labial, servirá para sacarnos de duda en caso de chancro tonsilar que siga como aquel la evolución ténida, insidiosa que parece ser la peculiar

Del chancro lincario.

El otro grupo del chancro tonsilar, los de forma anginosa son los que pueden confundirse con todas las variedades de amigdalitis, pero con ninguna angina, pues en estas la inflamación se extiende a la cámara posterior de la boca y faringe, cosa que no sucede en el chancro amigdalino en el que aun imponiéndose bilateral, que es muy raro, la lesión se limita a ambas tonsilas, pero no hay inflamación en toda la pared posterior faríngea y velo palatino ual acontece en la angina y aunque clínicamente el síndrome amigdalino y el anginoso se confunden, es necesario abrir la boca del

para ver en un caso que la inflamación ^{se} ~~se~~ limita a las amígdalas, determinando una amígdala muy circunscrita, y en el otro la inflamación se reparte por igual en toda la mucosa ocasionando la amigdalitis más difusa, en el chancro amigdalino en que al abrir la boca se ve la inflamación limitada a la amígdala en que asienta el chancro, la confusión podrá surgir entre la úlcera específica y las amigdalitis con sus variedades, simple, flegmonosa, diftérica, pseudomembranosa, herpética y gangrenosa, pero bastará la unilateralidad de la lesión, la característica adenopática, la insólita dureza a lo que se añade la ulceración rajosa de bordes duros o la

90
placa gangrenosa o el exudado blanquecino
distinguirlo de la simple, esos caracteres contrasta-
rán con la fiebre alta, los dolores agudos y pulsátiles,
la parotiditis fluctuación y la squinancia de la
flegmonosa, el microscopio revelándonos el corto
bacilo de Klebs - Loeffler, las falsas membranas for-
mando una blanca sábana a la faringe y que
tantas veces se extiende a la laringe asfixiando al
paciente en medio del aparato maduro del erup.
las verrucos y papulosas colonias resultantes a las
24 horas del cultivo y la integridad de la mucosa una
vez hecha desaparecer la pseudo-membrana, son
elementos de diagnóstico diferencial de la amigda-
litis diftérica y el chancro amigdalino de

91

anginosa que se diferencia de la herpética por la existencia en la superficie de la amígdala de aquellas vesículas que con prontitud se rompen y se extienden a los pilares uvula, labios, etc. de un enfermo joven; los descubrimientos bacteriológicos y la vista en la platina del microscopio del caso Brion, estreptococos, pneumococos, etc. al examinar el producto del raspado de una pseudo-membrana que cubra una amígdala nos pone en claro la existencia clínica de toda una filigrana de amígdalitis pseudo membranosas y por último la difusión de la gangrena. la presentación de esta en niños con sarampión, difteria, ó deparpéados. la gran mortificación de los tejidos acompa-

nada de aquella prostración y adinamia tanto⁹²
mas notorios cuanto que ya el niño está el mayor
numero de veces prostrado por una deprimen-
ción orgánica, diferencian la secundaria angina
gangrenosa de la tan primaria manifestación
chamurosa de la amígdala

El diagnóstico diferencial del chamuro
amigdalino, está rodeado de grandes dificul-
tades contando como contamos con los síntomas
siguientes inherentes a la manifestación prima-
ria de la sífilis.

Para el diagnóstico diferencial del cham-
uro de la amígdala tener presente.

la { unilateralidad de la lesión
dura de la amígdala
adenopatía cervical concomitante.

Esta trilogía sintomática unida, cuando se trate de la variedad de chancro amigdalino que hemos denominado amigdalitis chancerosa.

la { reacción inflamatoria notable
falta de ulceración aparente.

En ocasiones viene a auxiliar el diagnóstico uniéndose a los cinco síntomas enumerados.

la { erupción de herpes en las próximas regiones
aparición precoz de la necrosis.

Dieulafoy cita el hecho de la aparición de una erupción herpética, buco-labial en un enfermo de su clínica que presentaba un chancro amigdalino. Le Gen-dre el año 1889 observó dos enfermos que presentando un chancro en una amígdala, ostentaban en la otra una erupción de herpes, y como por otra parte Doyen nos habla del herpes recidivante.

94

te en los sífilíticos y Julien en su obra titulada
« Maladies veneriennes » dice que se ha observado
muy frecuentemente la coincidencia del chancro
uterino, con el herpes genital hasta el extremo de
haberle servido dicho hecho para diagnosticar
en algunas ocasiones aquella lesión y Gournier no
señala la frecuente aparición de herpes lingual en los
sífilíticos; no cabe dudar que algo más que una
simple coincidencia cronológica existe entre la
sífilis y el herpes pudiendo señalar pues el hecho
positivo de que el herpes es a veces la señal de
aviso de afecciones sífilíticas y eso sucede en el
chancro de la amígdala.

Se ha señalado también el hecho de que
al chancro amigdalino le subyace la

con mas precocidad que al localizado en cualquier otro punto de la economia y mientras que en estos existen cuarenta o mas dias de intervalo entre el paso del primero al segundo periodo. en el chancro amigdalino se ha visto antes de los treinta dias la rosola enrojecer la espalda del enfermo, debiendo enrojecer la faz del médico que para diagnosticar una enfermedad espera tantas veces a los secundarias manifestaciones.

En todos los puntos de la cavidad buco-faringea puede presentarse el chancro sifilitico, pero no en todos se presenta mientras en los labios y amigdala, como hemos observado es bastante frecuente, en la faringe, lo es tan poco

que sifilógrafos distinguidos apenas ostentan ¹⁶ en la estadísticas más que el caso necesario para señalar su existencia y como por otra parte en nada difiere su evolución anatómico clínica del de los labios y amígdala, esto al lado del hecho positivo de que el chancro faríngeo apenas se halla esculpido en las hojas del gran libro de la clínica, sobre su descripción que no difiere de la relativa a los localizados en los distintos puntos de la cavidad bucal veremos un velo parodiando a la Naturaleza que evita su representación corriendo sobre la faringe el velo del paladar.

Decíamos que el virus sífilótico para invadir la economía necesita una puerta de entrada, cosa que le sucede para invadir

97

el aparato digestivo: ahora bien como este ofrece dos puertas de entrada amplias colocadas una en la parte posterior inferior del organismo y otra en la anterior superior, estas son las que aprovecha para invadir dicho aparato y de aquí que observáramos la manifestación inicial en la cavidad buco faríngea puerta de entrada anterior superior y que la observemos en el ano y recto puerta de entrada inferior posterior.

El chancro sífilítico del ano, no deja de ser frecuente sobre todo en el sexo femenino; las vecindades del recto en la mujer, las secreciones vaginales que con tanta frecuencia lamen los repliegues radiados y regiones adyacentes, y las perversiones del instinto genital, son los motivos que nos explican su frecuencia. Es notable la diferencia que se observa entre

las proporciones relativas de este chancro en los dos sexos. En una de las estadísticas más numerosas de chancros sífilíticos, que se conocen figuran entre 2174 chancros sífilíticos en el sexo femenino 17 localizados en el ano; en cambio en la mujer en una estadística de 67 hallamos la enorme cifra de 19.

No tan frecuente en el recto porque el esfínter forma una barrera a la invasión del virus, sin embargo se ha observado en aquellas mujeres habituadas a la venus prepositiva: una viuda de 40 años que por evitar el embarazo permitía el coito rectal, presentaba un chancro sífilítico en el recto que ocasionaba un ligero grado de estenosis. Sin embargo el chancro sífilítico intrarectal es raro. Ricord solo ha observado 6 años entre

los innumerables sífilíticos q^d han desfilado por el hos Loureine.

Con respecto a la frecuencia del asiento del sífilítico anal hemos de indicar con Mollet q^d es más de en el extremo medio de la línea media anal q^d en los laterales y posterior la razón la encontramos en la mayor proximidad de dicho punto a los órganos genitales sobre todo en la mujer q^d es la más castigada por el chancro sífilítico de dicha región. Este puede revestir los diversos aspectos q^d en el labio señalamos, además por condiciones especiales de región puede ofrecer otros cuatro más q^d se denominan = chancro herpetiforme, cerematiforme, fungoso y ~~una~~ el chancro en hojas de libro de Alfredo Goumier.

Las dos primeras variedades nos las explicamos por las condiciones patológicas de la región; las dos segundas por las condiciones anatómicas de la misma

100

¿ Cuales son aquellas y cuales estas? Todos sabemos la
septicidad de q. es asiento la region anal: los traumatis-
mos, rozamientos, escoriaciones originados por los debitos
excrementicios cuando estos son de alguna consis-
abren puertas de entrada a la mas minima expro-
sion de la dermatosis y ~~sepsis~~, el herpes, infecciones
locales son los huéspedes de aquella region; colocado
el virus sifilitico en ella y desarrollado el chancre so-
bre aquellas ulcitas q. le sirven de puerta de entra-
da se halla ~~enmascarado~~ con el aspecto de aquellas
dos leñones.

Las variedades de chancro fissurario y chancre en
hojas de libro de Fourmier obedecen a las disposiciones
en pliegues de la cubierta cutanea del ano y las ul-
ceras q. alli asientan siguiendo la longitud de un
pliegue son alargadas y estrechas a la manera de
firmas y como la inclinacion constituye modo de

sus caracteres, esta, afectando a rodetes o pliegues circunscritos, la forma darian en aspecto q. *Yoweria* asemejaba a las hojas de un libro.

Decíamos q. el chancre o mal no frecuentemente y elige como puerta de entrada las múltiples q. le ofrecen las úlceras consecutivas al período de vesiculación del herpes de donde se sigue la consecuencia de q. siendo múltiples aquellas muchas veces lo serán las manifestaciones por manías. Efectivamente, recuerdo, haber visto durante mi asistencia a la Clínica de Cirugía de la Facultad de Zaragoza una joven tan desgraciada q. presentaba tres chancros en la margen derecha del ano y una erupción de herpes en la misma región q. se extendía por delante hasta la horquilla y lateralmente por la cara interna de los muslos. El dolor acompañaba a la

Defecación, presentaba además infartos inguinales ¹⁰² en el lado derecho uno de cuyos ganglios parecía ir a terminar por supuración.

Observase q. el chancro sifilítico es el q. más se separa de la enderrosis típica. Tiene algunas veces condiciones abonadas para ser múltiple: las circunstancias de la región poco determinadas con la areola nos explica q. la adenopatía tributaria del chancro anal termina por supuración y en algunas ocasiones en contraposición a aquella, ostigma al parecer perenne, observase un dolor tan intenso, tan vivo q. en estas ocasiones merece llamarse chancro espiroterálgico y como por las condiciones de región ofrece aquel aspecto fibrinoso a veces cuando hallamos el elemento funcional dolor, al lado del anatómico, fura, propiamente denominada fura ano-chancerosa si

-sifilítica.

El chancre anal puede revestir además de los aspectos propios de la esclerosis primitiva en cualquier región los seis siguientes: herpetiforme, cerematomiforme, fisurario en forma de hojas de libro de Giovanni, esfinteralgia, y fisura anal chancreosa sifilítica.

Ahora bien en q. se diferencia se me dirá, el chancre fisurario de lo q. yo denominé fisura anal chancreosa sifilítica; en q. el primero no tiene de la fisura anal más q. la forma y el segundo el elemento sintomático el dolor, la espasmodización.

El chancre sifilítico anal, pues, afecta un polimorfismo anatómico y clínico, notorio, superior al q. ostenta el chancre amigdalino. Hablan los sifilografos del polimorfismo del chancre tonsilar y no hacen lo mismo con el tan positivo del chancre anal.

0
Obersvase, pues, q. aquellas cuatro caracteres.
parodiando a Celso cuando se referia a la inflama-
cion quisimus hacer tipicos y pecunharios del chancre
sifilitico dejan de serlo y en contraposicion a la muci-
dad, indolencia, dureza y limitacion tenemos
la multiplicidad en el chancre herpetiforme, el
dolor intenso insalable en la fisura, ano chancro-
sa sifilitica, la blandura del chancre fisurario
y la falta de limitacion en algunos ceremati-
formes.

El chancre sifilitico anal es el mas ati-
pico y polimorfo de los chancros sifiliticos: el poli-
morfismo del chancre sifilitico depende de la re-
gion en q. aienta y asi como en la
por sus condiciones especiales de fisiologismo abra-
do vemos afectar al chancre sifilitico aquella
evolucion anginosa, febril y dolorosa al chancre

sifilítico anal por condiciones de anatomino y de^{os}
patologino si me permitis la frase, vérmole afectar
ese aspecto primario y en marcha dolorosa y prurito
-dica.

Y es q^e el chancre sifilítico como todas las
lesiones tienen caracteres per se y per accidens, estos
son los dependientes de la región en q^e as
aquellas son los inherentes a la lesión y los q^e dan
ese clasimano anatomico patológico q^e nos señalan los
autores, mientras q^e de los segundos depende ese
polimorfismo anatomico-clínico q^e hemos observa
do en el chancre amigdalino y anal; por los
primeros el chancre sifilítico sería siempre único,
indoloro, circular, de rojo color y con indolora
pequeña concavidad, adeno-pática, por los
segundos es a veces múltiple; doloroso, primario,
de amarillento color, de dolorosa y supurativa concavidad.

mitancia adenopática.

Por el. del chancre sifilitico anal, nada ambigüamos añadido a lo dicho respecto al de los labios; por accidens hemos tenido q. añadir el chancre herpetiforme, exematiforme, el fisuraria, el en forma de hojas de libro de Harmer y los q. denominamos fisura ano-chancrosa sifilitica y espiinteralgica.

Denominar chancre espiinteralgico a aquel en q. el elemento dolor acompaña a la exherosis primitiva pero sin afectar esta la forma de fisura porq. entonces remido este caracter a la hiperalgia anastituye la fisura ano-chancrosa sifilitica. Propongo la den de ano chancrosa para indicar q. nos referimos a la manifestacion primaria o chancre de la sifilis porq. si denomino simplemente fisu

na ano sífilítica podría lo mismo referirse a toda si-
stura tanto secundaria como terciaria, q. se esta-
ra en dicha región.

Para conocer el apellido de las distin-
tas variedades de chancro sífilítico del ano, q. hemos
revelado, para saber su aspecto anatómico clínico.

¿Están frecuente el chancro intrarectal
como el anal? Seguramente q. no, por las
observaciones de chancro intrarectal. Desde luego se
comprende q. en el recto se hallan condiciones me-
nos abonadas para la localización del virus síphi-
ítico, q. en el ano. Uchido por el esfínter, q. se de-
fiende poderosamente de todo agente microbiano,
dando paso con frecuencia al residuo de la alimen-
tación q. indudablemente hacen en el recto
una despreciable limpieza mecánica cuando no quimi-
ca, nos explica perfectamente la menor

frecuencia del chancro rectal.

Ahora bien, la menor frecuencia clínica me la explico por la dificultad de apreciar en el recto los caracteres q. necesitamos observar para afirmar la existencia de un sífilítico y la indeterminación difícil de comprobar en dicho punto, la adenopatía ganglionar oculta allá en el fondo de la pelvis inabordable a nuestra exploración pues con los ganglios sacros los q. se infectan en los chancros intrarectales los q. por otra parte ocasionando algunas veces una metástasis hemorroidal o provocando una rectitis o estreñiendo el conducto intestinal, más el chancro ya lo suficientemente oculto por el repliegue esfinteriano. No nos extrañaría pues q. Picard solo observara un caso en 6 años, el chancro sífilítico rectal se presenta pocas veces, pero se diagnostica menos.

109

El chancro sífilítico del recto q. se presenta el mayor número de veces bajo el tipo q. se describe con el nombre de chancro ulceroso, va acompañado casi siempre y de una ligera rectitis, un pequeño grado de estenosis. Obsérvese q. las condiciones regionales q. preservan al recto de la invasión las mismas q. al presentarse le hacen acompañar de inflamación de la mucosa de la ampolla rectal y si el paso de los residuos alimenticios cuando la mucosa está sana, ofician de bariido mecánico q. dificultan la localización de la infección en caso de q. esta exista como en el de chancro rectal el paso de aquellos los infecta y la rectitis circundante al chancro y la supuración por su consecuencia. En este caso a la induración q. se comprueba por el tacto rectal se presentan acompañándola, el dolor vivo durante la defecación y la salida de pus q. se adhiere a la superficie interna de los exore-

mentos q^d por otra parte encuentra dificultada en sali-
da por la extenosis espasmódica q^d se presenta en el mo-
mento q^d se toca a la superficie del chancro.

El recto se halla estrechado al parecer, pero
es una extenosis refleja, es una espasmódica recta
mas q^d una verdadera estrechez pues la ulceración
es pequeña, no va acompañada de la hiperplasia con-
junta q^d va acompañada en sífiloma para
el recto el cual lejos de hallarse estrechado en dicho
caso debería estar agrandado pues un conducto conducto
se ensancha indudablemente cuando se desgarran sus
paredes (ulcera). A los síntomas propios del chancro si-
fítico hay q^d añadir cuando se localiza en el recto la
frecuente inflamación de la mucosa y extenosis
conducto. Al per. se del chancro sifítico hay q^d añadir
el per. accidens rectal q^d son la rectitis y la es-
pasmódica.

La consecuencia q. se deduce del polimorfismo an-
tes indicado del chancre anal y de la evolución clínica
atípica ~~del~~ a veces del ~~de~~ ~~directos~~ q. en diagnóstico ~~son~~
se hallara rodeado de dificultades y el chancre blando
las úlceras tuberculosas, Sifilítica, tífica, varicosas,
úlceras crónicas de Althagen, Epithelioma,
ulcerados, actinomicosis deberían pasar por la mente
del médico al hacer su separación clínica.

Del chancre blando se diferencia, en q. ^{este} es
mucho más frecuente q. aquel y es más frecuente
porq. el organismo se defiende mejor de la invasión del
pretendido microorganismo q. del bacilo de Durey.

Otra cosa q. nos prueba en primer término, la
incubación, la incubación es la medida de la virulen-
cia microbiana y tanto más virulenta es una enfer-
medad cuanto menor es su incubación, observas
el periodo de incubación de la peste bubónica,

notablemente virulentas cuya virulencia contrasta de la sífilis y tuberculosis enfermedades indudablemente menos virulentas.

Obsérvese la incubación del chancre blando, compárese con la del chancre sífilítico y véase q. el pretendido microorganismo tiene q. estar 25 días para ocasionar aquella úlcera dura, indolora, mientras q. el bacilo de Durey la determina en 24 horas: es más virulento el segundo q. el primero; ¿quiereis otra prueba? compárase como reacciona ~~los~~ ganglios ante uno y otro bacilo y mientras q. en el chancre blando los ~~bacilos~~ infartos son grandes, dolorosos y supuran prueba evidente de su virulencia microbiana mayor, q. hace desplegar al organismo ~~mayor~~ el máximo de reacción fagocítica, en el otro son duros, pequeños, indoloros, y sin tendencia a la supuración.

Otra prueba más de su di-

113

ferente virulencia en la ~~antonomasia~~ ~~culabilidad~~ del chancro
blando q. contrasta ^{con la} ~~virulencia~~ ~~culabilidad~~ del chancro
duro, en cualquier punto q. se ponga pus del chancro
blando se presenta la ulcera típica cualquiera q.
fuere el número q. de estas lleva el individuo sobre
el q. se deposita el virus, pero si en un individuo
q. tiene un chancro sifilítico ponéis el virus de dicha
lesión no se presenta indicandose se halla immu-
nizado contra dicha afección, ahora bien el organis-
mo se inmuniza con la inyección de un li-
quido poco virulento y por lo tanto poco lo es el del
chancro sifilítico q. sirve para hacerle immune.

El chancro blando ~~supura~~, el sifilítico no
se da otra prueba más de la mayor virulen-
cia del primero, después es expresión fiel de la
reacción orgánica defensiva es el resultado de una
titánica lucha patogénico-microbiana y en la

114
y por la excesiva virulencia de estos, aquellos te-
narán la peor parte.

Ahora bien se me dirá y a pesar de
la mayor virulencia del chancro blando el bacilo de
Dubrey, no determina más q. aquella ulcera de la q.
las adenitis son la inmediata consecuencia, púgilis,
manifestación comparada con esa odisea
peculiar del pretendido microorganismo de nistgarten.
Esto se explica por la evolución peculiar de cada
uno de ellos, el bacilo de Dubrey lleva inherente la
manifestación local, a la par q. el pretendido lleva
mejor la manifestación general. El uno tiene
evolución de centímetros (chancro blando) el otro de ki-
lómetros (chancro duro) pudiéramos decir gráficamente
y lo natural es q. el primero la arde antes.

¶ Precisamente en esta evolución
diferente hayamos una prueba de la mayor vi-

115.

virulencia del bacilo de D. morey. Este determina manifestación comparada con las crónicas del pre-tendido. Ahora bien, nadie pondrá en duda q. la agudeza o cronicidad de una infección depende de la mayor o menor virulencia, mientras recorres con la imaginación las infecciones agudas, harás lo mismo con las crónicas y observará la verdad de dicha afirmación, a la q. no escapa el pro Bando.

Demostrada la mayor virulencia del chancro Bando, su frecuencia mayor se deduce de la primera, se defiende mejor el organismo de una enfermedad cuanto mas sea esta, es decir, se defiende mejor pero el resultado de la defensa es casi nulo siendo su consecuencia la invasión de la economía por la enfermedad. Quanto mas frecuente o con

más facilidad se adquiere una infección, cuanto
 virulento sea su agente causal, por eso ~~ampl~~ todos es-
 tamos constantemente achados por el bacilo de Hock
 pues es raro el q. no se codea a diario con un tu-
 berculoso, o lo tiene en el seno de la familia, cuando
 no en su seno no nos tuberculizamos, más q. en
 una proporción pequeña se se compara con el
 exorbitante número de los q. se hacen coléricos cuando
 nos hallamos bajo la influencia de tan terrible infe-
 cción, por esa ^{diferente} ~~terrible~~ influencia se adquiere con más
 facilidad y es más frecuente en la clínica el
 blando del ano q. el chancre sifilítico de la
 región q. aparte de su diferente frecuencia, dis-
 tinta incubación, número, agente etiológico
 q. lo produce, reinantabilidad, adenopatía,
 caracteres todos estos clínicos y consecuencia fiel
 como hemos demostrado de su distinta, venen-

117
na presenta caracteres anatómicos patológicos dis-
tintos.

La forma circular de bordes lisos, poco elevada
adheridos casi al fondo q. más q. fondo es superfi-
cie, contrasta con la irregular de bordes depleca-
dos con ángulos entrantes y salientes elevados y
despegados del fondo de la úlcera como nos lo comprue-
ba la posibilidad de introducir una espátula en-
tre ellos o de hacer regumar cierta cantidad de pus
q. se hallaba en el espacio existente entre ellos
y el fondo de la ulceración q. ostenta unas
elevaciones manecanadas, sumitas, comparadas
por su aspecto al de la corteza cerebral,
con el fondo del chancre sifilítico tan liso como
las paredes craneales.

La base blanda del chancre venéreo
caracter q. sirve para aprehenderle, contrasta

118

con la dureza esclerosa, cartilaginosa q. vive de base al sifilítico, el primero ocasiona mas dolor, pero es mas doloroso adquirir un chancro sifilítico.

Tomando a pesar de todos estos caracteres diferenciales la duda surge en nuestro animo, acudido al moderno Salomón del diagnóstico médico, al microscopio, q. en caso de chancro blando es permitida reconocer la existencia del bacilo q. vió Ducrey primera vez.

Del mismo os diria en caso q. dudeis entre una ulcera sifilítica y una tuberculosa si existe el bacilo q. el inmortal berlines describió el mes de Mayo de 1882, q. puede localizarse en el ano ocasionando la ulcera como lesioni; pero su blandura, su amarillento color, su multiplicidad, con constante, su existencia en individuos tuberculosos y tuberculosos del aparato

119

digestivo el mayor numero de veces, la concomi-
tancia con alguna fistula del ano lesion tuberculosa
infinito numero de veces, nos sacaran de la duda.

Cuando el chancro radica en el recto habra
q. pensar en las úlceras disentericas, pero estas aparte
de ex cortejo sintomatico de tenesmo, evacuaciones
sin generis, analogas al exento membranico mas
veces y a una abundante cantidad de agua donde
se ha lavado carne q. lleva en suspension detritus mem-
branosos constituidos por el epitelio intestinal en
cuyas evacuaciones o ve el tacito de C
y Vidal segun nos dicen estos autores, o se obser-
va la ~~arraigada~~ anguicula de ~~Norman~~ segun
este nos asegura o ~~ameba coli~~ segun otros
o no se ve nada. Especifico segun nos atestiguan
la mayoría de los autores, ofrecen dichas úlce-
ras una forma alargada y supurativa

llaman la atención sus notables dimensiones q^e contrasta con las pequeñas de la úlcera dura q^e da en el recto una vez más la razón a aquel q^e la definió diciendo "exulceración ostentando sobre una base dura".

La Sotumentera de Brotomeau sirve para presentar los ulcerativos procesos la extremidad terminal del intestino delgado; pero casi nunca la del grueso q^e en caso de presentarse en nada se parece a la úlcera sífilítica ni por síndrome clínico ni anatómico.

El ano y el recto regiones dotadas de abundantes plexos ~~o~~ venosos, redes intrincadas de agudados troncos, condición patogénica de sus dilataciones cuyas venas por otra parte comprimidas por actos pertenecientes a las grandes funciones de nutrición y reproducción, las

unos producidos adicionalmente y los otros más de tarde en tarde han aparecido con frecuencia esas dilataciones indicadoras de la hipertensión cuando no de la degeneración de las paredes venosas conocidas con el nombre de varices, las q. alterando la nutrición de los tejidos q. las recubren y de los próximos engendran úlceras q. se apellidan varicosas. En patogenia, su aspecto, su base redondeada y blanda constituida por una dilatación venosa contrastando con la dura infiltración esclerosa q. sirve de base al chancro sífilítico son caracteres diferenciales de importancia.

Ocasiones hay en q. la úlcera sífilítica, toma como asiento una hemorroide pero entonces se halla el juicio clínico asistido por los conocimientos para dar al Cesar lo q. es del Cesar.

Dr. J. Ellingham describe con los

122
nombres de ulcer, prouie, pain ful ulcer parece
ser segun ha demostrado Malasser una ulcera
radicosa asi es q^d su diferencia con el chancre
sifilitico no es dificil.

La actinomycosis ano-rectal es rara
ra q^d Poncet y Baranel en su tratado clinico q^d
acerca de ella han escrito no refieren mas q^d 7
casos. El pade de su rareza, m. muy.
aspecto como dice Poncet en su citada obra q^d
no se asemeja a los tumores, ni a la inflama-
cion sino q^d representa mas bien un tipo inter-
medio entre cada una de ellas, el color violado
de sus escrescencias, el amarillo de sus ulceras q^d osten-
tan unos granitos amarillentos en los q^d el mi-
croscopio ha de vislumbrar el agente especial pro-
ductor de la actinomycosis paraito vegetal el "os filo-
ra bovis" con caracteres mas q^d suficientes para

no confundirla con la endorosis inicial
en el ano.

Sífilis terciaria en el aparato digestivo..

Enfiliado un individuo por su aparato
digestivo, lejos de ofrecer inmunidad para las
ulteriores lesiones derivar de la primera manifes-
tación se había trocado en "bons mucosis re-
sistencia" pues a estas siguen las segundas
y a estas siguen las terceras localizadas en
dicho aparato y tal aptitud parece mos-
trar por lo reflejo y las manifestaciones
secundarias y terciarias toman en el
cualesquiera y fuera la puerta de entrada
en la economía del microorganismo

desconocido.

Si no deja de ser frecuente la adquisición de la sífilis por el aparato digestivo si vemos el chancro localizarse en cualquier punto de la cavidad buco-faríngea la aptitud de esta llega al máximo por lo q. se refiere a las manifestaciones terciarias hasta el extremo de poder decir q. no hay aparato en la economía q. sea ^{tan} castigado por el terciarismo sífilítico como el digestivo.

En primera vista parece q. se desprende del estudio detallado de la infección sífilítica los dos siguientes corolarios "la manifestación inicial de la sífilis ataca al aparato genital, las manifestaciones terciarias al aparato nervioso, y mes bien, este segundo corolario resulta mucho de ser cierto. Las manifestaciones terciarias al aparato q. más castiga es al digestivo, observare q. la mayor parte de las afecciones

128
físico de su psicopatía hallareis en el sintético una
quedad, una cicatriz, una ulceración algo q. hace
ostensible su infección. Después del velo del paladar,
es la lengua, las amígdalas, la faringe, los pilosores y
los labios.

El recto está también castigado por ellas, en
cambio en el resto del intestino, esófago y estómago
no se ha observado con tanta frecuencia y no es,
a mi juicio, porq. no se presentan, no, es porq. pasan
muchas veces desapercibidas enmascaradas con el
síndrome clínico de las quilibroyéticas, ocasionando
tantos errores diagnósticos. hablemos claro: se diagnos-
tican con más facilidad una perforación palato-
na q. un paladar infiloma gástrico, para
ver la primera no hay más q. haber la boca
del paciente, para ver el segundo insidiosamente la
mayor parte ~~times~~ de las veces, había q. haber

faringeo!

En todas las lesiones sífilíticas q. son peculiares de su período terciario tienen asiento en los diversos tramos del aparato digestivo y en su consecuencia los gomas las eccoriosis y las úlceras triada anatómo-patológica del terciarismo sífilítico los encontraremos en sus diversas partes i con q. frecuencia? De todas las partes q. forman el aparato diges. hubo ninguna tan castigada como el velo del paladar.

La sífilis terciaria tiene por el velo del paladar una predilección grande tan grande casi como la q. atenta el Tuberculo por el vértice del pulmón izquierdo y de la misma manera q. todo Tuberculo por donde q. se halle la lesión específica, le auscultamos sus vertices en todo sífilítico terciario, debéis observarle detenidamente el velo del paladar y de la misma manera q. encontráis en el ahénado aquella afiebrada estigmas

(127)

las maneras posibles para crear los animales evolucionando a través de Juan B. Brinnet, caballero de Lamarck hallare coronado en la bien templada inteligencia de Carlos Darwin, con la teoría del transformismo la evolución regula la vida toda y ¿q? es esta? no mas q? un estrecho abrazo de la evolución de la materia con la evolución de la energía.

Observase en el aparato digestivo q? así como la manifestación primaria parecia proteger lo periférico y la encubríamos en los labios, lengua, ano y rehusaba inmiscuirse en el interior observando su menor frecuencia de fuera a dentro, las manifestaciones terciarias parecen surgir de lo profundo y desvanecerse al llegar a lo periférico, observese q? frecuentes son los gomas faríngeos y palatinos y con q? se observan los labiales alveares de la primera manifestación i q? frecuente el chorro labial comparado con el

sostiene por ella se explica q. de la semilla más di-
minuta resulta el corpulento arbutu, q. los simi-
lantes protozarios se hallen hermanadas con los
incorruptos seres q. fuguran a la cabeza de la
interminable cadena zoológica, por la evolución
lo q. es buda para protoplasmica en el infun-
do es intrincada madeja de aristocráticas neuronas
en el hombre, por ella lo q. son oscilaciones pro-
toplasmicas o movimientos brownianos en los
organismos no nublados, son complejas y reguladas
contracciones musculares en los pluricelulares, por
ella todo lo instintivo y grosero en los seres inferiores
es elevado y volitivo en la especie humana
por la evolución misma lo q. germinaba
en el ~~el~~ cerebro de Buffon al decir q. el ser
supremo no ha querido emplear mas q. una
idea variandola al mismo peligro de todas

Forrier en magistral estudio la ha llegado a las reformas cerebrales q. es lo inminentemente terciario en la sífilis, nerviosa, comparada su frecuencia con los de la cavidad buco-faríngea y estareis en un todo conformes con nuestra afirmación al decir "no hay aparato en la economía tan castigado por las manifestaciones terciarias de la sífilis como el digestivo".

Y era enfermedad q. empezó por un chancro, evoluciona y origina más tarde placas mucosas sífilides múltiples y andando el tiempo y por la evolución a las placas mucosas, siguen las gomosas, las úlceras, las esclerosis.

Por la evolución q. regula la vida toda se aplica q. de aquel trozo de nebulosa solar desprendido allá en la oscura noche de lo prehistórico, resultara el mimenso y dilatado planeta, q. nos

del sistema nervioso de origen sífilítico, q^d aquellas
plegias, hemiplejías, parálisis faciales, afasias, &^a etc.
deben a alteraciones vasculares del p^ongoro anterior
de Willis, a aneurismas de la ygluiana, del
tronco basilar y del ~~exagorpo~~ ^{exagorpo} cerebral, q^d las hiperes-
tosis de los huesos craneales, apretados por la sífilis
q^d parece tener predilección por los huesos planos
como la tuberculosis por los cortos han de ocasionar
síndromes encefáticos q^d se achacan a lesiones
de este órgano cuando las q^d las poseen son los
vecinos q^d ha pseudo parálisis general y enfermedad
de Duchenne afecções q^d traspasan la frontera
de lo sífilítico se llevan buena parte de las ma-
nifestaciones del sistema nervioso, dejando casi
desheredado al sífiloma cerebral, medular, menin-
geal, dice al aparato ventilatorio lo q^d la sífilis
le propina, acháquese a la parasífilis lo q^d ?

q.º habrán el vientre del enfermo?

(131)

No es q.º yo asegure q.º el estómago padezca lesiones terciarias con más frecuencia q.º la cavidad bucofaringea, contra lo q.º protesto es contra la de pensar de muchos irédicos q.º al observar en la un enfermo con atroces gastralgias, ~~pirosis~~ ^{pirosis} ~~pe~~ ^{pe} ~~parentes~~ ^{parentes}, vómitos alimenticios, ~~hematemesis~~ ^{hematemesis}, hematemesis abundantes y repetidas formulan a pies juntillas el diagnóstico de úlcera redonda de Cruveilhier sin detenerse para nada en la anamnesis ni en el detallado examen del enfermo como si la úlcera sífilítica gástrica no ocasionara el mismo síndrome y en cambio al ver un individuo con una amígdala ulcerada predisponer su ánimo para ver en ello algo sífilítico.

Ya he yo q.º la sífilis en cualquiera de sus tres períodos parece demostrar pre

Selección por los extremos terminales del aparato el extremo de q. pudiéramos decir q. "la sífilis es tanto menos frecuente cuanto mas nos separamos de la faringe y nos aproximamos al recto en donde vuelve a ser frecuente" pero como en todos los tramos del aparato digestivo puede presentarse, nosotros, tomo una ruta anatómica a la par q. fisiológica pues el camino q. sigue el anatómico en su des- arrollo q. sigue el bolo alimenticio introducido en la boca y el q. voy a seguir en la patología terciaria del aparato digestivo.

Aunque las manifestaciones del tercer periodo de la sífilis en el aparato digestivo como en cualquiera otro, no solo la presentan los q. han adquirido la infección sino los q. la heredaron no dejando en esto de ser frecuentes solo q. las quilopoyepáticas sifilíticas terciarias adquiridas vamos a verlas pues

habiendo estudiado el primer periodo en dicho aparato vamos a ocuparnos del tercero consecutivo a aquel y en la heredo sífilis no lo es pues el primer periodo no existe en dicha enfermedad.

Los neoplasmas y las ulceraciones son las lesiones propias del tercer periodo de la sífilis: los primeros se designan como todos los tumores propios poniendo la palabra oma al radical de la enfermedad en vez de al organo en q. se asienta como en aquellos y se denominan sífilomas porvenir desde la más remota antigüedad por las denominaciones de guma gallica, gummi, tuberculos síphiticos &c.

Almenar en 1502 decía "los individuos q. presentan aquellas lesiones gonorréicas son más difíciles de curar con lo q. les daba una gravedad q. en la actualidad no han perdido.

Diversamente considerados han

sido por los chincos de los pasados tiempos pues
en el siglo XVI creía q. eran ulceraciones
la expulsaban una materia grasa análoga a
la goma líquida y q. les valió la seno
q. hoy conservan. Dittrich y Bilhrath eran de
la misma opinion, siendo necesario q. Carlos
Robin y Verneuil en Francia, Virchow y
Hlebs en Alemania dijeran q. los gomas no
eran más q. xoplasmas específicos pertenecientes
al tipo de los conjuntivos.

Una porción de células embrionarias
de grueso núcleo y escaso protoplasma, una
sustancia fibrilar de naturaleza conjuntiva
q. las forma un lecho, un escaso numero de va-
pos de estrecho calibre y duras paredes todo ocasiona-
do por las hiperemias irritativas q. se presentan
una vez generalizado el virus sífilítico en la

ecnomia, eso es el sifiloma.

Se necrotizan sus células, se necrosian sus fibras, se degeneran sus vasos y se origina una úlcera gomosa; proliferan hiperiósamente aquellas células embrionarias, se hacen adultas y transforman en fibras de tejido conjuntivo, se endurece el tumor, engrosan las paredes de sus escasos vasos y teneris la esclerosis o el sifiloma hecho escleroso de la misma manera q. antes de teneris hecho gomoso.

El goma y la esclerosis son pues las dos variedades del sifiloma y estas las encontramos siguiendo la ruta anatómica = 1^a en los labios q. se distribuyen con preteral, slicitud la apertencia por la localización del sifiloma pues el gomoso asienta en el labio superior y el escleroso en el inferior sin q. esto quiera decir q. siempre se localizan en tal forma.

136

En el labio superior lo q^d Cruvier denominaba *labialis terciaria* se nos ofrece bajo la forma de un tumor de dureza al principio pero q^d va disminuyendo hasta tomar una consistencia siendo fluctuante, levantando por detras la muerta, por delante la piel; deformando el labio q^d aumenta considerablemente de volumen sobre todo cuando por varios los tumores q^d en el residen q^d destruyendo la cubierta cutanea q^d los envolvian dan lugar a úlceras de bordes salientes, tomentosos, cortados a puros y de fondo amarillo grisáceo q^d ostenta abundantes granulaciones envueltas por amarillento detritus y q^d uniéndose unas a otras dan lugar a una úlcera irregular, grande anfractuosa q^d al cicatrizar se ha de originar aquellas deformidades atresias, bridas cicatriziales q^d cruzan la superficie del labio en donde pudiéramos decir parodiando las frases

de un general humero jamás ha de nacer.

! Que aspecto mas diferente presenta el sifiloma escleroso del labio inferior. ¡Lejos de empezar por mucha dureza y terminar abandonándose como el sifiloma gomoso, principia flando la dureza con q. acaba. Empieza por la hipertrofia mas o menos rapida del labio donde asienta q. adquiere volumen doble, triple, parece mas bien el labio de un escrofuloso; tan enorme volumen le hace parecer y ostentar una mancha roja oscura, congestionada, como ~~sea~~ la mucosa. Se todo lo sifilitico, duro al tacto, al q. da una sensacion de cuero asi permanece durante cierto tiempo en el q. la deglucion se encuentra dificultada y no es raro ver al enfermo con una abundante salivacion q. fluyendo por su boca dificulta la antedicha funcion desde el momento en q. se

resta a la del bbo alimenticio.

este periodo hipertrofico del sifiloma labial, sigue un periodo regresivo, disminuye de volumen notablemente y llega al normal y se hace muchísimo menos. Este ya a aquel labio de tapite, a aquel labio de escrofuloso, sigue un labio de esclerodermico, atrofico, retardo, duro, anastomado, q. le hace inutil para ~~nutrir~~ ^{nutrir}, invalido para masticar. &c.

Si el sifiloma labial escleroso, ni el gomo-
no con frecuentes, mas lo es el primero q. el segundo.
Ambas por lesiones de los periodos avanzados de la si-
filis y los dos pareciera predominar en el sexo mas-
culino como nos aseguran por otra parte.
Bonisson, Gortero, Lerner. Con episodios de
sifilis avanzada, digamos el caso q. cita Moreta
de un cochero q. acudio al hospital

139
Varicosis con un sifiloma escleroso en el labio inferior y q^{ue} se había hecho sifilítico hacia 18 años. Atribuyese a las irritaciones q^{ue} los traumatismos insignificantes pero continuados del cigarro ocasionan en el labio inferior la mayor frecuencia en el mismo del sifiloma & no es por otra parte la causa ocasionante del asiento del epitehoma en labio inferior en aquellos individuos de edad avanzada en los q^{ue} dicha irritación obra proliferando las células chales? & porq^{ue} en los sifilíticos terciarios aspectos de una verda-dera ~~diatésis~~ fibro conjuntiva, ni me permitió la frase dicha irritación no ha de obrar proliferando sus células conjuntivas y originando el sifiloma? lógicamente hay q^{ue} conceder a esta irritación local un papel ocasionante de no pequeña importancia.

1140

El sífiloma gomoso puede en su periodo de infiltración o de tumor confundirse con diversos neoplasmas q. en dicha region toman asiento y entre los q. se hallan los tumores ectiles de ms coloreadas superficies ms reductibles blanduras, presentan la particularidad de ser congénitos hallandose en el sexo femenino y en el labio inferior pues Bonisson señala el 60% asentado en este labio.

En el lipoma por su rareza, su blandura, su lobulada superficie su adyuta genesis ni el adenoma por su falta de frecuencia su asiento en la tercera capa de las matas q. contiene el labio pueden confundirse con el goma infiltrado q. aparte de ms diferentes caracteres con los dos dichos neoplasmas va precedido de toda una nutida pléyade de lesiones específicas.

En el periodo de ulceración

(141)

el goma difiere por su totonoro y grisáceo fondo, sus
bordes cortados a pico en endemático contorno de la en-
fermedad de Balta i exulceracion superficial de las
glándulas mucosas de los labios q. va acompañada de
una periaidematitis tan característica, diferente del
respeto q. tienen los gomas o los ganglios linfáticos.

De la manifestacion inicial de la
sífilis con la q. se ha confundido, a veces, difiere,
además de su fondo amarillito grisáceo tan distinto
de lo q. pudiéramos llamar superficie rojizo obscu-
ra del chancreo de un edematosa base q. contrasta
con la dura del chancreo de un falta de adrempatia
la q. siempre acompaña al chancreo q. va segui-
do de los manifestaciones q. precedieron al goma.

Y si escuchamos a Sabatier q. dice "ignoro si el epitheloma puede ventar en el labio
superior; pero lo q. sí puedo asegurar es q. no lo

he observado nunca más q. en el inferior ¹⁴² nos atornamos de hacer su diagnóstico.

En el labio inferior afecta las lesiones sífilíticas terciarias la forma de sífiloma escleroso q. hipotroficiando a aquel en su primer período le dan el aspecto del labio cotumoso; pero aparte de q. este se presenta en los de los individuos afectados de escrofulosis q. a su vez padecen catarro crónico de las mucosas nasal y ocular y adenitis crónicas cuando no lesiones ~~nasales~~ pulmonares.

No se confundirá el sífiloma escleroso del labio inferior en dicho período con la macroquinta o hinfangioma virgenito q. aparte de su taw distinta fecha de aparición, pues este se obtiene al nacer q. aquel es episodio tardío de una sífilis avanzada, la macroquinta afecta a los

143
dos labios y en caso de ser unilabial y limitarse al inferior en distinto modo de aparición su diferente resistencia, grande en el sífiloma y pequeña en la macroquinta, la deformación del labio en esta cuyo labio enorme parece arrastar al maxilar inferior cosa q. no acaece en el sífiloma pues antes de q. el volumen del labio sea tan excesivo como en la macroquinta comienza el periodo regresivo atrofico durante el cual el labio se aplasta contra dicho hueso.

En el periodo atrofico del labio sífilomatoso, el labio adelgazado, reducido a un apérgaminado repliegue se parece al labio esclerodermico; pero en este el adelgazamiento labial q. es doble acompaña al hundimiento de los carrillos, parpados adelgazados, orejas apérgaminadas y aplastadas sobre el crá-

todo lo q. da a la ~~prominencia~~ cara una ~~prominencia~~
una tan especial q. se ha llamado mas.
xantilla esclerodémica.

Desde el momento q. la labia
dita terciaria q. al labio inferior afecta toma
la forma esclero atrofica, su diagnostico con
el carcinoma de la misma region, ninguna
dificultad ha de presentarse por ostentar este la evolucion
ulcerosa tan diferente de la anterior y imic
quando el sifiloma ostente en forma gomosa para
en el labio inferior sobre disposicion q. ~~no~~ simpli-
fica el diagnostico y se ofrezca en su segundo periodo
o de ulceracion, causa la confusion, pero para evitar
esta recordaremos q. la ulceracion epitelomatosa
q. subyace a la queta o al pequeño botan
epitelomatoso q. comienza en la union mucro
cutanea ostenta una base violacea, dura,

erizada de migrantes papilas y cubierta a veces de oscuridad y morenura, por la destrucción de la base blanca tormentosa y amarillo grisacea del goma; aquella interese o hace participar de su lesión a los ganglios inmediatos q^e se inflaman y entonces es cuando avanzando la lesión, el dolor, el líquido sanguinolento y fétido q^e de la ulceración se desprende, el color amarillo ~~rojizo~~ p^{ro}prio de la piel seca y escamosa del canceroso la disminución de un coeficiente globular vienen a hacer el pronóstico de aquella lesión q^e antes de los síntomas caquecticos debe y ha sido diagnosticado por todo médico.

Lengua: No se escapa órgano tan importante de misión fisiológica tan acabada, al influjo de la sífilis terciaria y la típica lesión de esta asienta en aquella con sus dos formas.

No ha debido descender el sífilis a este órgano desde el momento en q^e en tiempos

146

atras se señalaba por algunos clinicos el hecho de haberse curado con los mercuriales ciertas úlceras de la lengua "marabillas" y parecia ser bastante frecuente si se cree a Frank q. decia "muchos de los q. se consideran tumores escirrosos no son mas q. infartos venereos indicando con estas palabras su frecuencia a la par q. pudiesen considerarse, sentencia acusadora contra errores diagnosticos de los casos en q. tumores gomosos se tomaron por epitehomas como los de Hallamand y sobre todo el citado por Philipson de un individuo q. sufrió la amputacion de su lengua por tumores gomosos, errores q. nunca perdonara la ciencia.

En su base abundantes, inmoviles, cartilaginea extensa, tan extensa q. tiene q. elevarse y desplegarse recubriendo papilas, numerosos vasos, bastantes glandulas y poca grasa pues apenas existe en la base y en el intersticio genio-glosa con los elementos q. cons.

147.

atingen la lengua y q. consueve, no puede ser mas abonados para q. en ellos se localice el sifiloma q. lo hace en los avanzados periodos de la sífilis.

El sifiloma, con sus dos formas gomoso y ulceroso tiene asiento en ella observandose el mayor predominio en el sexo masculino pues abusandose por este del alcohol y tabaco enemigos irreconciliables de la cavidad bucal donde abonar el terreno tan indispensable con todo lo q. a la patologia se refiere.

En cualquier punto de la lengua puede localizarse el sifiloma; sin embargo la cara q. forma el techo de esa cavidad q. circunscribe por abajo la mucosa q. cubre a los milo hioideos parece estar asegurado contra su invasion q. apetece la cara dorsal y bordes de la misma y bastaria hacer unas sencillas consideraciones de orden anatomico y fisiológico para explicarnos el

porq.^a de su mayor frecuencia observando q.^a
 cara y bordes mas p^{ro} en elementos fil^{os} conjuntivos
 mas hostigada por los traumatismos q.^a en ella han
 de ocasionar todo lo q.^a en el aparato digestivo p^{er}ntice
 hacen mayor su aptitud patológica remembranza piel
 de su mucha actividad fisiológica y por eso su mucosa
 es castigada por el r^{is}filoma gonoso y por el esclero
 to q.^a empujándose e infiltrándose en ella segun
 su variedad originan en el primer caso pegños
 nódulos q.^a esparcidos unas veces por la superficie
 de la lengua o agrupados otras sobre un limitado
 trecho al q.^a parecen afhus umbilicos de la mucosa
 q.^a emigrese su superficie para despues aclararla
 cuando adelgazándola originan aquellos trayectos
 fistulosos profundos q.^a agrandándose scanoran una
 ulcera q.^a se une a las proximas de las
 adyacentes gomas para formar una

de bordes claros cortados a pico y fondo amarillento ¹⁴⁹ y
lo tonoso y grisáceo.

Otras veces el sífiloma localizado en la
mucosa afecta la forma ulcerosa y así como aquel
origina los nódulos más o menos numerosos esparcidos
por distintos puntos de ella, esta afecta la forma de
placas más o menos abundantes, a cuyo nivel las
papilas ahogadas por el proliferante tejido conjun-
tivo desaparecen, la mucosa toma color rojo
oscuro se endurece simulando rodajas de cartili-
na q^d se hallan empujadas en las primeras
capas de la lengua. Hay ocasiones en q^d esta
especie de esclerosis en placas de la lengua
afecta la disposición de esclerosis en
dura sabana q^d recubriendo la lengua la forma
escleroso sudario bajo el cual yace amortiguada

en sus funciones.

180

Y en esta superficie, dura no es raro ver, aque-
-llos surcos superficiales q. cruzando la lengua en
-distintas direcciones le da el aspecto de un mosaico q.
tanto llamó la atención de J. Rouvier, otras veces afectan
esos surcos la radiada y caprichosa disposición de los
nervios de una hoja, situados en un surco central
y varios q. emergiendo de este parecen ir en busca de
los bordes de la lengua, pero siempre en esta variedad
de morfología el substratum anatómico consiste en la
hiperplasia conjuntiva q. cuando afecta a los paquetes
fibrosos intramodulares estos hipertrofiándose originan
esa induración profunda de la lengua cuyo
parénquima ahogado, estrangulado por los hipertrofia-
-dos manojos fibrosos aquí y allá ofrecen esas
lobulaciones separadas por surcos q. más q. surcos, son
verdaderas cisuras por su profundidad y q.

151
existentes con la superficie de la lengua plegada la
dan a esta el aspecto remoto de la ondulada, superficie ce-
rebral, ostentando en medio de aquellas frentes uconvexa-
ciones, las curvas de Sanson (Clarke)

Cuando el lipoma profundo evoluciona
a la manera de neoplasma, en lugar de esclerosis
hallándose en el espesor del órgano nodula en diverso
numero, pero menor siempre q' el de los superficiales
pues a estos podriase llamarlos multiples y a los
profundos whitarios porq' lo son, muchas veces ostentan-
do la clásica evolución de los gomas en la q' al periodo de
candidez sigue el de reblandecimiento y a este el de
ulceración y cuando multiples agnethas observase en
su primer periodo y por la palpación una presión
de tumores q' incluídos en ella la hacen tomar ese
aspecto al cual refiriéndose Ricord decía daba la sen-
tación q' experimentaba al palparlo q' estaba lleno

de avellanas."

152

A estos tumores q^e infiltran el exterior del órgano siguen las consecutivas úlceras gonorreas q^e abriéndose a la manera de crater en la superficie de la mucosa la destruyen en considerable extensión pues en muchas ocasiones en q^e no ostenta más de sano q^e aquellos puntos de mucosa q^e enlazan aquellas úlceras crateriformes y estas por las q^e deteniéndose en su curso y reparándose bajo la influencia de un tratamiento apropiado originan al coartarse aquellas irritaciones aquellas bridas estrelladas q^e dejan en la superficie de la lengua estigma indeleble de la infección.

Estas lesiones terciarias sífilíticas de la lengua este órgano según la cavidad y localización una patología especial q^e podríamos sintetizar diciendo: la lengua de un sífilítico en su período terciario.

Puede ser...

- plegada.
- lobulada.
- hipertrofiada.
- atrófica.
- acartonada.
- agrietada.
- ulcerada.
- con cicatrices.

Cualquiera q. sea el aspecto y la tenor
 singular en un sífilítico terciario, por lobulada
 q. se halle en lengua o agrandada en úlcera
 gomosa, los síntomas funcionales son tan escasos a la
 par q. los sífilíticos q. llama la atención el hecho
 de q. ante tan amplia úlcera sífilítica gomosa
 no se acuse apenas dolor y enmudezcan los
 ganglios. Se necesita a decir verdad una con-
 comitante patológica como una infección secundaria.

4
rias orientadas sobre las úlceras para q^d estas ocasionen
adenopatía o una hipertrofia lingual o un ~~edema~~
pion ulceroso para q^d la lengua incapaz de ser
sostenida en la boca proteste de la lesión con un vo-
lumen y la salivación abundante con la dificultad
de deglución y el entorpecimiento de la pronuncia-
ción o tenga lugar un efemerismo cual era in-
filtración aguda del órgano q^d aumentando sus dimen-
siones deposita en anchura base sobre la glotis arrojando
al enfermo o no viene la traqueostomía en un ar-
rullo como accacia en dos casos q^d Guilleton cita, esto
es un edema de la lengua o glotitis edematosa
q^d se presenta en los individuos q^d ostentan gloriopatías
sífilíticas de la misma manera q^d sobreviene
el edema de la glotis o laringitis edematosa de
Quanssiau (el edema de la glotis o laringitis edema-
~~tosa~~ tos). En los enfermos de laringopatía específica.

188

Otras veces es la concomitancia ulcerosa q. a beneficio de grietas y úlceras q. se forman en el fondo de aquellas fisuras existentes en la lengua abollorada del sífiloma erlenoro lo q. origina dolor al ponerse en contacto con las bebidas calientes o frías, o de un diente o de cualquier cuerpo extraño. Dolores q. pueden tener irradiaciones pero q. nunca llegan a tener la intensidad ni la agudeza de los q. acompañan al carcinoma del mismo órgano.

Al dolor se asocia una dificultad en los movimientos una pesadez de la lengua una fetidez del aliento completando todo el cortejo sintromico q. ocasiona la aparición en la lengua de las manifestaciones de la sífilis terciaria.

Estas no dejan de estar rodeadas de algunas dificultades y para facilitar el diagnóstico hay q. recordar aquellas lesiones o disposiciones del

órgano q^d pueden simular algunos de los q^d afectan las
Glositis terciarias 186

Hay en estado normal en la superficie de la lengua de algunos individuos una serie de pliegues longitudinales unos oblicuos y transversales otros q^d le dan el aspecto hasta cierto punto de la lengua plegada de los sífilíticos, esta disposición q^d nada tiene de patológica es la q^d se conoce con el nombre de lengua disecata, para hacer el diagnóstico mandad sacar la lengua al enfermo y en este hecho en la lengua disecata desaparecen los pliegues en el momento en q^d esta sale de la cavidad q^d la contiene.

La lengua hipertrofiada q^d es otro de los aspectos q^d reviste esta en el sífiloma endocrano cuando este radica en la profundidad y cuando se halla en un primer período tiene alguna analogía con el linfagiomia de la nariz q^d se denomina macro-glosia pero esta además de ser congénita coincide con el linfagio-

ma de los labios, el gigantismo generalizado no ostentan-
do la dureza del sífiloma esclerótico q. por otra parte no
presenta el volumen de aquella.

Las placas esclerosas deprimidas de
papilas de oscuro color, rojo propias del sífiloma, esclero-
ticol no deben confundirse con las placas opalinas, blan-
cas, nacaradas, constituidas por escamas de epitelio, genera-
lizado q. constituyen la llamada leucoplasia, ictiosis,
proriasis, o tioris lingual, pues aparte de su aspecto tan di-
ferente, como hemos indicado, su distinta naturaleza desde
el momento q. una afecta a tejido conjuntivo y otra a
epitelio pavimentoso, la leucoplasia tiene mas extensa
localización pues nunca es lingual solo, sino q. se locali-
za ademas en los labios, carrillos, encías.

El sífiloma gonoso en su periodo
de infiltración ofrece alguna analogia, a la par q.
notenta diferencias q. no conviene conocer, con el absceso

188

pero el episodio aparatoso, flegmonoso de la gloritis q' a este precede, contrasta no poco con el silencio q' antecede a la infiltración gomosa, el dolor punzitivo del absceso, difiere de la indolencia del goma, la fluctuación, clásica en aquel, no se halla en este, los ganglios q' no toman participación en el proceso gomoso, se infartan en el flegmonoso.

De los neoplasmas linguales se diferencia el goma en q' en aquellos la mucosa lingual rara vez toma participación; el desarrollo de ellos es más lento q' el de los gomas q' siempre es rápido y nunca predecible como algunos de ellos, q' ofrecen peculiares y determinadas caracteres como son la blandura y lobulación del lipoma q' se localiza en regiones no apitecidas apenas por el goma, la dureza y mayor dureza del fibroma, la localización en la cara inferior y coincidencia con la macroglia de los quistes serous,

su volumen y temblor peculiar en el quiste hidatídico, el aspecto de la mucosa q^e ostenta azulada y finísima red venosa, la morbilidad de el tumor en el centro de los tejidos q^e le rodean, la participación de los ganglios y la encarnación del enfermo, en el sarcoma, y la rareza de estos tumores q^e constituyen verdaderas entidades históricas, son los suficientes para el diagnóstico.

El sífiloma gomoso ulcerado, ostenta diferencias notorias q^e le separan de la úlcera tuberculosa de la lengua y además de q^e estas se presentan en enfermos q^e tienen una tuberculosis pulmonar o ínter pues el vértice del pulmón tiene por sus condiciones de topografía como dicen unos, bien por su proximidad genética con respecto al parenquima pulmonar, como aseguran algunos, es el cuartel general del bacilo de Koch, aparte de q^e los enfermos q^e ostentan úlceras tuberculosas en la lengua, son tuberculosos

y los q^e llevan gomas ulcerados en dicho órgano,
 pasado por los dos primeros periodos de la infección,
 aparte de esto, digo, la ulceración tuberculosa comienza
 por una fase maculosa, es una mancha ama-
 -rillenta, lo q^e precede a la ulceración; la ulceración
 gomosa, comienza por una fase nodular, es una
 elevación roja lo q^e la precede; una vez constituida la
 ulceración tuberculosa, en fondo amarillento constituido
 por granulaciones tuberculosas, en donde el micro-
 -scopio descubriría el específico bacilo, las granulaciones
 amarillentas de la misma naturaleza q^e infiltran
 los tejidos inmediatos, el dolor al contacto de los líquidos y
 los alimentos q^e en su superficie se posan son
 suficientes para el diagnóstico diferencial.

Del epiteloma se diferencia en q^e este
 principia por una ~~tuberculación~~ ^{infiltración} exterior y el goma
 por una interior: el epiteloma es algo q^e viene de fuera;

161

el goma es algo q' viene de dentro, de lo más recóndito y profundo de nuestra economía. Aquel doloroso con adenopatía, en personas ancianas, este indoloro en adenopatía; aquel generalizándose, o reproduciéndose en distintos órganos, y ocasionando una cagueña tanto más precoz cuanto q' a la cagueña comensura hay q' añadir la cagueña por inamiciación o consecuencia de asentor el epitelio en la lengua.

Boveda palatina = No se halla la boveda palatina al abrigo de la sífilis terciaria, pues la goma, teniendo asiento en ella, acarrea la seuela q' acompaña a dichos neoplasmas, siempre q' asientan en determinadas regiones: la perforación.

Si esta fuera consecutiva, siempre a la rinitis sífilítica; así la sífilis nasal envía, siempre manifestaciones, cual tentáculos morbosos, una resaca la pared q' le sirve de techo (palatina) originando

162
el cuadro tan temible y doloroso de una meningitis, otras a las
hueras q. forman en pared anterior destruyendo estos y
deformando la nariz q. afecta esas raras y caprichosas formas
q. ostenta el sífilítico antiguo; y otras a la pared ósea q. le
roba de pavimento; si la perforación de esta fuera en
todas ocasiones precedida del específico, corrige, ni se acrecenta
siempre a consecuencia de sífilis tuberculo-mucosas o pe-
riostitis gomosas q. asientaron invariablemente en la cara
posterior superior, las gommas de la bóveda palatina con su
secuela atetis de dicha porción del maxilar superior y
perforación quedarían reducidas a un apéndice de la sífilis
nasal, a un episodio de la misma y por lo tanto
holgaría su descripción en este momento.

Pero no siempre la perforación
de dicha bóveda es consecutiva a la sífilis nasal, no siempre
comienza por la rinitis específica, no siempre se perfora
de arriba a abajo sino q. a veces tiene lugar de abajo a arriba,

(163)

hay veces en q^a las gomas de la bodega psalotona tienen una independencia y una entidad topográfica, q^a no tendrían, ni se admitiera con distinguída similitud, esa ~~constitución~~ ~~posición~~ ~~contra-~~ posición fija, invariable, específica tanto como es la leucori de la sífilis nan. focal.

La perforación rinitica de la bóveda palatina es un episodio sobreviniente en el curso de una rinitis nasal, empieza siempre por la mucosa pituitaria q. sobre el suelo de las fosas nasales; a la fase bucal precede siempre una fase nasal, con enfermedad perforación rinitica de la bóveda, antes q. enfermedad en boca, tienen enfermedad en nariz.

Esto nos dicen eminentes clinicos como Fournier, Duplay, Dillafoy y a renglón seguido nos multiplican los casos de erupciones q^e presentaron un perforación uliginosa o intercalándose en el curso de una rinitis crónica q^e por su fetidez, su duración, su flujo mucopurulento sus caracteres &^o tenían todo de específico.

Y quien enfermo, tiene una rinitis q. destruye ¹⁶⁴ los
huesos propios y aplastándose en rima ostenta la "nariz de gusano"
y despues de ese proceso presenta la perforacion, quien padece
una dacriocistitis con supuracion del saco al mismo tiem-
po q. la sífilis nasal interesaba la bóveda, quien ostentaba
una extensa destruccion del vomer con la consabida per-
foracion.

Pues bien al lado de estos casos existen otros
en q. la perforacion comienza por un goma circums-
crita y localizado en la fimbria mucosa q. tapiza la bóveda.
hay enfermos en quienes la perforacion empieza en es-
ta y acabaria con esta si no viniera en su auxilio
el tratamiento adecuado; existen repetitivos q. ostentan
una perforacion palatina y no han tenido nunca
enfame en nariz ni la tendrían jamás si se la cui-
dan.

He aquí un caso demostrativo de lo q. acaba

165

mos se afimar, José M^a... oficial de Infantería de Marina se me presenta el día 18 de Septiembre, hondamente preocupado por q^e al beber los líquidos se le salían por la ventana derecha de la nariz. Esto me lo decía el enfermo con cierta pronunciación gangosa q^e no paro desapercibida para mí.

Reconocida la cavidad bucal ostentaba casi en el centro de la región palatina una ulceración del tamaño de un centímetro, de forma irregular, con bordes cortados a pico, el fondo excavado de un color gris ceniza, en el q^e se divisaba la cara inferior de la apófisis palatina del maxilar q^e ostenta una multitud de pequeños orificios.

Formóide un sequestro de unos 25 milímetros de largo por 12 de ancho de forma semilunar, y q^e en su mayor parte correspondía al maxilar superior derecho, y solo una pequeña parte al izquierdo; este sequestro q^e el enfermo movía con la punta de la lengua se le ex-

trajo con los movimientos de la misma, quedando una perforación q retrata la forma del secuestro.

Nuestro enfermo había tenido un chancro sífilítico hacia 6 años, no habiendo ostentado apenas manifestaciones secundarias. Esta perforación era la primera terciaria: le había empezado mes y medio antes de q se presentara a nosotros, por "un grano" según expresión del enfermo, al q abandonó por haberle hecho crecer un melicón en su inocuidad.

No ha tenido el enfermo, según contestaba a nuestra pregunta, ni el más ligero dolor, ni ya no me acordaba de mi sífilis decía.

Los caracteres de la lesión son de aquellos q no dejan lugar a dudas. Este caso nos dice 1.º q la perforación de la bóveda palatina, es el primer episodio muchas veces de una sífilis terciaria. 2.º q es consecutiva a una úlcera gomosa o por mejor decir a una os-

teitis gomosa, con los caracteres de toda osteitis sífilítica; aquella multitud de agujeritos q^e presentaba la cara bucal de su apofisis palatina son muy característicos de esta osteitis, q^e dan al hueso el aspecto de la madera carcomida por el gusano q^e la roe.

Es indudable q^e la perforación ha sido consecutiva a una osteitis gomosa. Debida a aquel "gr^o" q^e decía el enfermo había tenido en su cielo de la boca; nada de rinitis anterior, nada de gúenas, cosas verdaderas q^e salieran por sus narices; además como nos dicen por otra parte la presencia de esos agujeritos en la cara bucal de la de la apofisis palatina del maxilar superior q^e decía cara estuvo en contacto del goma y por allí empezó la lesión?

La perforación ha empezado de abajo a arriba, nada se veía en la pituitaria; nada de rinitis específica; nada de epistaxis nasal, el nose,acor-

168
daba ya de su úlcera, el parentesis de lo patológico había
sido tan largo hasta observar la citada perforación. ¡La
insidiosa enfermedad, se desprecia lentamente, con
su desarrollo neoplásico, del mismo secundario!

Es un hecho muy frecuente q.
la perforación palatina sea la primera manifesta-
ción de la úlcera y no, como hecho raro q.
dicha perforación comienza por la pared superior de la cavidad bu-
cal como nos lo indica ese caso y algunos autores dis-
tos dependen la tesis contraria, si repasamos algunos
de los casos en q.
se apoyan observaciones q.
no son con-
vincentes y casi demuestran lo contrario y casi demues-
tran lo q.
nosotros afirmamos.

Si bien es verdad q.
en variados
los casos en los q.
la perforación sobreviene en el
curso de una úlcera crónica q.
hacia tiempo
molestaba al enfermo, aparte de q.
había q.
tener

en cuenta el posible hecho de la concomitancia
 y observarse un goma palatina con perforación en
 enfermo con rinitis crónica, dada lo histológica q. es la
 nariz en todo sífilítico terciario, pues como decía
 Jourmies las alteraciones son el resultado de la sífilis
 y no desdenada q. es la bóveda palatina por la infe-
 cción, aparte de esos casos hay algunos como el de
 Duplay q. no demuestran la invariable relación
 de la sífilis naso-bucal. Dice Duplay en la Gaceta
 Médica de los hospitales "Un joven afectado de porfo-
 ración sífilítica de la bóveda palatina me consultó
 un día con el deseo de ser operado. Según este enfermo
 9 meses antes apareció en la bóveda palatina un pro-
 ceso hacia la izquierda de la línea media una
 tumefacción oval indolora del volumen de una
 judía. Después de transcurridos diez días esta tumefa-
 cción se abrió quedándose nuestro joven muy

70
sorprendido al ver las bebidas y algunos alimentos refluir de boca a la nariz. La perforación quedó pues constituida.

Esta fase bucal fue precedida de una nasal. Varios meses antes de la perforación el enfermo tuvo una rinitis sifilítica.

Varios meses antes de la perforación el enfermo tuvo una rinitis, dice Duplay, pero esto no prueba q. la perforación fuere consecutivo a la rinitis pues q. si hubiera sido, es evidente q. dada la rapidez de las lesiones del goma no hubiera un paréntesis de varios meses entre las dos fases de q. nos habla Duplay: la fase nasal precediendo a la fase bucal. Este caso lo único q. prueba es el hecho de q. dado lo castigada q. está la nariz en los sifilíticos no es infrecuente observar q. muchos enfermos con gomas de la bóveda palatina tienen enferma la nariz pero no atribuir a relación causal.

lo q^d no tiene más q^d relación de coincidencia.

(171)

No niego, entendiéndose bien, el hecho de q^d la sífilis nasal sea la principal causa de la perforación palatina, lo q^d sostengo es q^d la perforación de dicha bóveda es consecutiva algunas veces al goma de la misma q^d la imprescindible relación de la sífilis nasal y bucal no existe, q^d hay enfermos q^d tienen perforado su paladar sin tener lesionada su nariz y q^d la rinitis sífilítica y la perforación palatina de la misma naturaleza, no están unidas en algunas ocasiones más q^d por el lazo de la coincidencia patológica, tan frecuente en enfermedades q^d como la sífilis en alguno de sus periodos atacan a la vez a órganos diversos.

Cuando la bóveda palatina es castigada por el goma q^d ostenta aquí la evolución q^d en cualquier otro sitio, este atacando

172
el plano oseo origina la gomosa q. privando a un trozo del
hueso del riego sanguineo lo destruye originando un
recuesto q. al desprenderse a se dar lugar a esa perfora-
ción q. hace de la cavidad bucal y nasal una sola
originando un naso-boca y estableciendo un lazo más
entre los dos importantes aparatos q. estaban enlazados
por la naso-faringe.

Cuando esta comunicación tiene
lugar todo lo q. va de paso por la cavidad bucal penetra
por dicho orificio, pasando a la cavidad superior y
así el aire destinado a hacer vibrar los repliegues labiales
y exteriorizar los mandatos de la circunvolución de
Broca, los líquidos y sólidos q. constituyen las
corrientes alimenticias q. cruzan la cavidad (q. ~~constituyen~~
~~las corrientes alimenticias~~) bucal pa-
san a la nariz constituyendo una alteración
funcional de las mas molestas. Deben ser.

173

con la cabeza inmovil mastica lentamente
y deglute poco a poco pero al tener lugar uno de
los primeros actos de la deglucion en q. la lengua
recoje dulcemente todas las particulas alimenticias
y las coloca sobre su dorso empujandolas entre ella
y la ~~laxa~~ bóveda palatina, esta perforada les da ~~para~~
a la nariz q. irritada protesta con un estornudo
alimenticio.

Si los sólidos pasan, los líquidos con más
facilidad lo harian de hacer, dada su fluidez, y
en efectivamente sucede pues si aquellos para
pasar necesitan una perforacion de ciertas dimensiones,
estos se filtran por la más ligera fisura y así
sucede q. cuando aquella no está constituida, los
líquidos ya pasan a la cavidad nasal q. afecta por
~~por~~ otra parte, por una rinitis con abundante secre-
cion, puede hacer nuzo este aumento siendo se.

retorio siendo una causa más de las q. contribuyen ¹⁷⁴ a
hacer insidiosos los primeros momentos de la perforación.

Mas cuando ésta, está constituida lo
primero q. se filtra por ella es el aire y al hablar el
enfermo, la corriente del mismo penetrando en la
nariz resuena en aquella anfractuosa cavidad y
haciendo ~~de~~ vibrar al salir de ella a las alas de la nariz
q. desempeñan en estas ocasiones un papel ana-
logo a los labios. El enfermo tiene una elocución
naso-fucal y en su conversación las vocales son
larg. más nasales y hacen y en la producción
de las q. toma mayor parte la vibración nasal.

La elocución en las vocales es más nasal
q. bucal. Hay consonantes como la b y la p
q. suenan como m: hacen pronunciar a estos
enfermos el nombre del ritmo donde tienen su
lección y en vez de decirlos, bueda palatina;

no divisan, movida, molatrina, todo con una res-
nancia nasal q' viene a disfigurar más la
palabra; y es q' las letras b y p son producidas
la columna de aire expirado q' hace vibrar los
labios en el momento de su expulsión, pero
cuando esta ocurre estando la brecha perforada, una
parte de esta columna, acerca penetra por la per-
foración llegando a los labios la cantidad impresci-
sible para repararlos y pronunciar la letra m
o la p, q' es corcada por la vibración de las
aletas de la nariz a beneficio de la columna de
aire q' reparada de la q' cruzó la cavidad bucal pene-
tró por la perforación.

• ¿Esta es capaz de ser producida
por otras enfermedades q' no sea sífilis? Seguramen-
te, pero, muy rara vez, pues el cancer, la tu-
berculosis y el mal perforante de la boca

176
han poco prominentes, además de ostentar, no peculiares
caracteres q^e les diferencian notablemente de las
perforaciones ocasionadas por la sífilis.

El mal perforante bucal presen-
ta durante el curso de una tisis dorsal, carac-
ter ya diferencial, pues q^e va acompañado de
aquellos fulgurantes dolores, eris gastricas, trastor-
nos oculares, según de Koenig, Wespahl y McGill-
Robertson, ataxia & c... etc peculiares de la enferme-
dad de Douchenne; ostenta una localización late-
rizada q^e rara vez afecta la parte
además aquel va acompañado de la caída de
los dientes, con absorción del reborde alveolar, le-
poni q^e hace tomar a la mandíbula del tabético
el aspecto del maxilar del senagenario. Del
carcinoma y de la ulceración tuberculosa
estimo acostumbrados a distinguirlos.....

177

El velo del paladar es el lugar donde se grave
con indelebles caracteres, muchas veces, el paso del
segundo al tercer periodo de la sífilis. El velo pala-
tino es atrozmente castigado por la sífilis tercia-
ria; vemos en las hojas de la patología y esta
verdad la vemos enbricada con una perforación
una goma, y una cicatriz en esa especie de
hoja fibro-muscular q^{ue} pende en la cavidad bucal
y el sífiloma con muchos formas q^{ue} vediamo forti-
ficar a los labios, asentar en la lengua, y perfu-
rar la bóveda, le vemos estarse en el velo del pala-
dar al q^{ue} la sífilis parece haber lanzado el arcotema
de la destrucción y a un objeto no contento con
destruirle a beneficio de sus neoplasicas manifesta-
ciones, hace asentar en el esas ulceraciones inde-
pendientes de los sífilomas y q^{ue} por primera vez ve-
mos en el aparato digestivo y eligiendo como sitio

predilecto el velo del paladar.

Esas ulceraciones no gomosas, herpiginosas y perforantes bajo las q.^{as} parece fundirse el tejido del órgano, como decía Ranceraus, en ningún lado las observaremos con tanta frecuencia como en el velo, en donde además de estas ulceraciones herpiginosas y perforantes veremos otras ulceraciones no herpiginosas ni perforantes pertenecientes desde luego al tercer período (por lo q.^{ue} se representan, a veces antes q.^{ue} se ~~presenten~~) observen otras lesiones en dicha región y atribuyendo estas a lo sífilítico terciario por lo q.^{ue} se las puede denominar ulceraciones precoces, no gomosas.

Estas ulceraciones presentan caracteres peculiares q.^{ue} indicarán 1.^o son poco profundas y poco extensas, tan poco profundas q.^{ue} bien merecen llamarse ulceraciones sífilíticas.

179
2.^a una tendencia grande a las hemorragias. estas
ulceraciones superficiales son seniores hemorragicas
por excelencia; y para mi ellas mismas son las
q.^a asientando en la mucosa gástrica, ocasionan
hematemesis tan frecuentes en los sifilíticos
del estómago.

Un enfermo he observado hace pocos dias
q.^a ostentaba en el pilar izquierdo una de estas ex-
crecencias: sifilítica desde hacia dos años, con varios
episodios recurrentes, opacia en el tercio sup.
de la cara anterior del pilar derecho una ulcera-
cion del diametro y de la forma de una almendra,
de fondo ligeramente rojo y rodeado de una
zona inflamatoria a la manera de vitas
civiles flogísticas.

Esta ulceracion no le ocasionaba
apenas dolor pero el mas insignificante roce

le hacia sangrar; recuerdo q. tantas veces como ¹⁸⁰ con el algodón la limpiaba y si de las mucosidades q. recubrían su superficie con el objeto de observar mejor sus caracteres otras tantas sahía el algodón teñido de rojo. La marcha de estas ulceraciones es esencialmente lenta; no tienen esa tendencia invasora q. las úlceras llamadas por ese carácter serpiginosas.

Las úlceras terciarias, d' imble, no gomosas serpiginosas y perforantes no solo atacan al velo del paladar sino a la amígdala, a la faringe y esas ulceraciones entazan con sus serpiginosas tentáculos, esas partes q. la anatomía reúne bajo el nombre de gárganta, y así se observan ulceraciones terciarias serpiginosas q. destruyendo la mitad superior de la amígdala y de los pilares, una parte libre del velo, atacan la parte

lateral de la faringe y la Ensampla de Enstaurito.
como acontecia con el caso citado por Charles
McQuinn en su articulo titulado "Sifilose
faringo-nasal".

Estas ulceraciones sifilíticas q.
veces más q. serpiginosas son perforantes per-
forantes destruyendo los tejidos tanto en superficie
como en profundidad, hasta el extremo q. pode-
mos dividirlos en serpiginosas o destructoras
de la superficie y perforantes o destructoras del
exponer. Las primeras, se extienden considera-
blemente a ellas pertenece aquella de q. nos
habla McQuinn; las segundas son las q. ganan
en profundidad lo q. pierden en exterior,
bajo ellas el tejido del organo reducido a una
papilla o materia putrilaginosa se distin-
ge y el velo del paladar se perfora; otras

veces es la misma la q^d se desprende del pitor q^d desaparece bajo la ulceración.

Estas ulceraciones tardías, vergiginosas son las q^d podrían confundirse con las ulceraciones tuberculosas q^d Bazin denominaba erosiones malignas y q^d hoy sabemos el estrecho parentesco etiológico de la antigua escrífula no queda más q^d el nombre pues aquellas múltiples lesiones q^d a ella se le atribuían han sido acaparadas por el bacilo de Kock, hoy denominamos las ulceraciones tuberculosas y ulceraciones hipodérmicas por su disposición anatómica patológica pero no por lo referente a su etiología.

Además de q^d hay q^d tener en q^d desde los hechos únicos tan positivos q^d Guérin no ha legado referentes a la

heredo-sifilis tardía, por muchas las ulceraciones
q' atribuidas á la escrofulosis por sí acompa-
ñados ó precedidos de catarro ocular, nasal &
en debidas á la sífilis q' parece tener predilección por
esas mucosas como nos lo dijo H. Coudannier; di-
ferenciame las ulceraciones hupivideas de las sífilíticas
1º en q' el hupus del velo palatino y garganta es raro,
tan raro q' de cien casos de hupus de la estadística
de Journeux solo dos estaban en la garganta;
cambió en contraposición de este hecho y co-
mo elemento de diagnóstico diferencial em-
pezamos decir: de los casos de ulceraciones sífi-
líticas terciarias, solo dos no estaban en la gar-
ganta.

Las ulceraciones hupivideas van pre-
cedidas de un periodo de infiltración granu-
losa, largo y cuando empiezan la ulcera.

ciencia lo hacen por trotes sin q. desaparecieran la ¹⁸⁴
granulaciones observando un foco de infiltra-
ción granulosa al lado de una ulceración o
de una cicatriz; estando enfermos los tejidos
inmediatos al hígado, q. ocasiona un dolor
interno al deglutir, caracteres todos suficientes para
su diferenciación con las ulceraciones, segun-
guirias, q. sin ser acompañadas de dolor la ma-
yoría de las veces, precedidas de infiltración
granulosa, ni exaltadas por alteraciones
profundas de tejidos próximos, van precedidas de to-
da una plejada de episodios sifilíticos.

Todos los puntos del velo del paladar,
pueden ser asiento, del sífiloma gomoso y
todo el velo palatino se afecta en el sífiloma
escleroso y an crmo en aquel localizándose
en diversos puntos se perforan en su

185

centro o le hunden, o le atacan en sus partes laterales constituyendo excoriaciones perirrimares, o desprenden su ~~membrana~~ ^{membrana}, o destruyen su mucosa, o le hacen desaparecer por completo o le inmovilizan, soltándole a la base de la lengua o a la pared faríngea, el asfibina escleroso dándole una inusitada resistencia le hace inservible para sus fisiológicos fines y como estos síntomas q' son entrar en vibración por el aire q' atraviesa la cavidad con un fin fonético y cerrar la comunicación nasofaríngea para q' en el momento de la deglución el bolo alimenticio siga el camino q' la naturaleza le traza, la deglución y la fonación están alteradas a la manera q' estudiamos en la perforación palatina a la manera q' se observa en

la parálisis del velo del paladar, no dispone en ¹⁸⁶² ~~q~~
esta el velo no entra en retracción y no obtura la
cavidad naso faríngea porq. no se le mandamos
es porq. deje de obedecer, mientras q. en el sífiloma
entero no obedece a ningún de lo mandado; es la
indisciplina fisiológica.

No porq. las amígdalas se hallan
colocadas entre los pilares palatinos se hallan protegidas
de las manifestaciones de la sífilis terciaria no, es tal
su especial aptitud por la cavidad buco-faríngea
q. ningún órgano de la misma resista y en ellas
encontramos las gomas, con su indolente, insidiosa y
ulcerosa evolución aunque en algunas ocasiones, por
condiciones de órgano existe dolor y ligera reacción
inflamatoria semejanza de lo q. acontece al locali-
zarse en ella el chancre, en aquella variedad q.
denominamos amigdalitis ulcerosa.

187

III. aquí las amígdalas inflamándose
de distinta manera, por distinta causa en los tres
períodos de la sífilis, en el primer, tenemos la amigda-
litis chancreta; es el microbio el q. localizándose
en la amígdala, la hace protectora de su invasión
con el proceso inflamatorio: en el segundo tenemos
la amigdalitis q. forma parte de la angina secun-
daria; es la toxina q. generalizándose por la secun-
daria provoca esas hiperemias tan frecuentes en la
piel y mucosas de los ínfimos; en el tercero tenemos
la amigdalitis ulcerosa; es el trastorno trófico q. o a
consecuencia de neuritis o a consecuencia de altera-
ciones vasculares o a consecuencia de ambos sobre-
viene en el enfermo de sífilis antigua y en estos
encontramos las ulceraciones terciarias con su
serpiginosa o perforante marcha y en ellas ha-
blaremos las ulceraciones terciarias, precoces, superficia-

les, hemorragiparas.

En la actualidad, estoy tratando un enfermo q^d tiene en la superficie de la izquierda y en su torso una de esas ulceraciones terciarias q^d denominamos hemorragiparas precoces. Ninguno de estos dos caracteres faltan; la lesión sangra fácilmente; q^d es precoz lo prueba el hecho de ser la primera manifestación terciaria q^d ostenta, hace poco estaba todavía en el segundo período de la infección; ostentaba dos placas mucosas en el labio superior y una sífilide maculosa por la piel del antebrazo, piernas.

En la actualidad una ulceración pequeña, circunscrita a la amígdala izquierda en su mitad superior de forma triangular, de ángulos redondeados, indolora. La tenacidad es otro de los caracteres de esas ulceraciones terciarias;

ante ellas succede, el órgano sobre q.^a asienta perforan-¹⁸⁹
dose; pero ellas tampoco ceden fácilmente ante el
tratamiento.

Llamó a dichas ulceraciones terciarias
precoces porq.^a son cuando se presentan, la primera ma-
nifestación terciaria q.^a ostenta el enfermo, no porq.^a
se presentan adelantando el tercer periodo, a los
pocos meses de infectarse, no; nuestro enfermo había
tenido el chanoro sifilítico hacia cinco años; son pre-
coces con referencia al periodo terciario pero no con
referencia a la infección.

Hay una lesión en la amígdala.
Se los sifilíticos q.^a tiene poca transcendencia diagno-
stico, me refiero a la atrofia tonsilar. He visto sifilíticos
medulares, he visto sifilíticos con gomas en el coro-
nal, he visto en púrpuras bastantes sifilíticos terciar-
os y en casi todos me ha llamado la atención

lo ~~que~~ chiquitinas y lo duragg. ¹⁹⁰temian ms. amigdales.
He aquí esas dos glándulas linfáticas q. se hipertrofian en la tuberculosis, pues, ya sabemos q. muchas de las hipertrofias amigdalinas simples en apariencia, son de naturaleza tuberculosa, son localizaciones del bacilo de Koch en el tejido adenideo tonsilar, son la puerta de entrada de ese microbio q. haciendo un descomulgatorio va a reposar en el vértice de los pulmones, he aquí esas dos glándulas q. se hipertrofian en los tuberculosos; atrofiadas en los infiltricos. Hipertrofia amigdalina, lesión primaria de la tuberculosis; atrofia amigdalina, lesión terciaria de la sífilis.

La atrofia y el endurecimiento producidos por la esclerosis, por la proliferación del tejido conjuntivo q. ahoga y aniquila al tejido glandular, es lo q. encontrareis en muchos infiltricos.

Asociados.

¿No me extraña la leñor & q. no tiene la sífilis declarada fibrificante destrucción a los ganglios linfáticos? & no veis a dichos ganglios **duros** en la angle de los infiliticos? & no los encontráis más tarde endurecidos y esclerosos detrás de la apofisis mastoideas? & porq. no los habíamos de encontrar en los pilares palatinos. Tocar el pulso a la sífilis, decía Ricord, palpando los ganglios retro-mastoideos; tocar el pulso a la sífilis, digo yo, palpando los ganglios amigdalinas. ~~Estos~~ En estos a los sífilomas y ulceraciones q. evolucionan a la manera q. lo hacen en otra región de la cavidad buco-faríngea y cuya descripción omitimos para evitar ociosas repeticiones, hijas de la preponderancia anatómico-patológica de todo lo sífilítico y de tan especial evolu-

192
ción clínica, hay pues q^d anunciar esa manifesta-
ción esclerosa amigdalina, de la sífilis terciaria
más.

Las lesiones gomosas de esta, no parecen
desdénar el hecho q^d las ofrece un duro plomo úseo,
con una cubierta fibro-mucosa y los vicia-
mos asentar en estas condiciones en el techo
de la boca y los venrus localizarse en arri-
logas en la pared posterior de la faringe; allí
fibro-mucosa palatina y pared úsea del
maxilar superior; aquí fibro-musculo-mu-
cosa faringea y pared úsea del cuerpo vertebral;
allí infiltración nodular, indolente, insidio-
sa, con ulceración consecutiva, y perfora-
ción de la bóveda palatina, aquí nódulo
infiltrado, indolente, insidioso, con ulceración
consecutiva y propagación a los cuerpos

vertebrales q. se destruyen y perforan a veces, efec-
tos de un proceso de osteomielitis gomosa, oca-
sionando meningitis raquídea y trastornos
medulares. Franck cita el caso de una
parálisis braquial debida a una meningio-
mielitis por causa de una osteitis gomo-
sa de aspecto nodular q. al localizarse en la
pared posterior y hallarse en un primer
período podría simular un absceso retro-fa-
ríngeo, pero la dolorosa y febril evolución de este
contrasta con la torpida y apirética de aquel,
la presentación del absceso en los niños de dos
a tres años q. presentan procesos raro farín-
geos de índole inflamatoria la fluctuación y
en síntesis la dolorosa evolución del absce-
so la diferencia de lo indolente del goma
q. se distingue de los abscesos retro-faríngeos

de evolución indolora por reconocer estos ¹⁹erró-
-gen la mayoría de las veces, la lepromatosis tubercu-
-losa de las primeras vértebras.

Evolucionaria en la
el goma como lo hiciera, antes en el paladar,
fue por asentarse sobre región ósea ocasiona a
veces por propagación osteomielitis y destruc-
-ción de los huesos sobre q. asienta:; Obigamoslo
el caso de Olbackencie; el trata de un enfermo
sifilítico antiguo q. arrojó por la boca un
apófisis transversa del axis, destruida a consecuencia
de una úlcera gomosa q. asentaba en la
faringe; y no solo estas destrucciones óseas, q.
ocasionan procesos meningio, melíticos por la
la consecuencia de aquellos indolores gomas,
por las destrucciones vasculares de las arterias
proximas. Lanceraux cita el caso de un

195

sifilítico q. succumbió a la hemorragia de la carótida interna producida por dicho mecanismo. MacKenzie relata el caso de otro enfermo q. por el mismo procedimiento tuvo un varruto a consecuencia de la destrucción de la arteria vertebral.

La úlcera gomosa de la faringe q. produce en sus complicaciones a la úlcera redonda de Cuvellier; en esta la perforación con la peritonitis consecutiva y la gastrorragia por sus dos grandes complicaciones; en aquella la perforación y la osteomielitis consecutiva y la hemorragia son sus dos terribles secuelas, en la una la estrechez cicatricial de el píloro en la otra la estrechez cicatricial de la faringe; en aquella la recidiva, en esta la repetición

del proceso.

Al cicatrizarse las úlceras gonorreas en la faringe ocasionan retracciones q. disminuyendo el diámetro de la cavidad faríngea la estrechan positivamente, pero no es este el mecanismo más frecuente por el q. la cavidad faríngea disminuye de volumen durante el curso de la infección sífilítica, es la mayoría de las veces poniéndose vis-à-vis úlceras de específica naturaleza, las unas asentadas en el velo del paladar las otras situadas en las paredes faríngeas se abrazan estrechando en ese abrazo a la cavidad laringea y las úlceras residentes en los bordes y cara superior del velo palatino colocandolas proximas a la cara posterior faríngea se adhieren a esta cerrando la comunicacion naso-faríngea; es decir, q.

las mismas úlceras q. se localizan en el centro de la ¹⁹⁷te-
veda palatina perforan esta estableciendo la porpo-
sición comunicativa entre la boca y las fo-
ras nasales, comunicativa tan sabionmente
dispuesta por la naturaleza.

No es necesario para q. la unión
o adherencia del velo del paladar con la faringe
tenga lugar q. aquel adquiera de ostensas
ulceraciones este herido o desgarrado, como
suponia Paul de Breslan en su Memoria
en donde dice "las adherencias del velo a la fa-
ringe, no tienen lugar en tanto q. el velo
permanece tenso transversalmente, por q. las
señalaciones q. entonces le imprimen los
movimientos respiratorios impiden dicha
soladura", no, el velo por dividirse puede adhe-
rirse a la pared faríngea ocasionando un

198
mo primera consecuencia la desaparición. Se-
mosto así de la faringe.

En el degredado ríflético en
q.º mace, comienza un calvario de padec-
cimientos ostenta una serie de trastornos fisio-
lógicos cuya intensidad es tanto mayor, enan-
to menor es el diámetro del orificio q.º pone
en comunicación la cavidad nasal con
el resto de la faringe y no pudiendo en su
consecuencia, el aire destinado a la hemato-
sis, seguir el camino q.º sigue al penetrar
por la nariz y parar de aquí por la nar-
faringe a la laringe tiene q.º elegir otro
y entra por la boca q.º presenta el enfer-
mo constantemente abierta, dándole un
aire de estúpido q.º se parece a la facies ide-
moidea de los q.º tienen hipertrofia de las

amígdalas faríngeas q.^{ue} precisamente abren la boca por un motivo fisiológico análogo. El aire q.^{ue} en vez de ir por la nariz penetra por la boca, imita aquel velo del paladar transformado en loco Solenti anatómico y a las amígdalas tanto mas, cuanto q.^{ue} no pasan por el tan conocido filtro q.^{ue} constituido por delgados flagelillos pilosos se encuentran en las inferiores porciones de la mucosa de Schneider. Y se le ve al enfermo dilatando sus alas nasales q.^{ue} con un asustoso movimiento parecen querer aspirar todo el aire posible; el enfermo tiene una obsesa nasal, y valga la expresión.

No sólo es la respiración nasal la dificultada, es también la elocución la alterada observándose q.^{ue} la palabra del enfermo es entrecortada pues si durante

La elocución normal el aire de espiración se ²⁰⁰escapa insensiblemente por la nariz, no pudiendo hacerlo tiene q^d salir por donde entra y en consecuencia el enfermo intermite la palabra q^d resulta entrecortada, nos relata su anamnesis salpicada de episodios sífilíticos, mientras una secreción verdinegra, viscosa, fétida se desliza por las aberturas nasales anteriores, al no poder hacer por las posteriores, siendo esto tanto más de temer cuanto q^d estos enfermos presentan una rinitis atrófica, un ~~que~~ ^{que}ena tan frecuente en esas dos afecciones q^d tanto castigan a la economía la sífilis y la tuberculosis.

Además se observan la sífilis, la unión del velo del paladar, o la faringe, la anguillosis faringeo-velo-palatina

estableciendo la separación entre cavidades, ²⁰¹
la anatomía no supo separar, otras veces se-
para las cavidades q. la fisiología estrecha-
mente enlaza; aplicarse el velo del paladar so-
bre la base de la lengua y esclerosis mus-
culares constituye un todo q. de separación
y la válvula palatina q. normalmente
tiene a su anatomía e independencia
a la cavidad buco-faríngea en el acto de la
deglución, no lo hace, ni ahora; enorridose
dificultada la deglución notabilísimamente, so-
bre todo cuando el orificio diaframático no re-
siste ni el extremo de una encharilla. Y he
aquí un enfermo al q. la fisitis condena-
da a la inanición, pues a veces no puede
pasar el bolo alimenticio por aquel orificio
y únicamente los líquidos en pequeñas can-

3
ades la atarvieson: he aqui la sífilis ocasiona
do trastornos fisiológicos tan radicales, como
ocasiona al localizarse en el aparato diges-
tivo; pero no solo en este aparato la oca-
siona, al localizarse en él, sino q. el res-
piratorio sufre en aquellos tipos de estrechez
en q. este la constituye como se observa
do alguna vez; un diafragma inserto en la
epiglotis, base de la lengua y pared posterior
de la faringe y entonces el enfermo p
una línea, interrumpida, accede de infora-
ción; privando la sífilis del aire para su
hematosis al mismo tiempo q. del alimento
para su nutrición, viniendo un episo-
dio patológico, mas a la estrechez q. como
venos puede ser ocasionada o por gomas
voluminosas q. hagan providencia en el in

terior de la faringe (mecanismo poco frecuente) ^(204.) o
por uniones del velo palatino q. mas q. es-
trecharle le ocluyen o por repliegues cicatriziales
en forma de bridas, o semilunares q. ofrecen
un aspecto análogo a las valvulas semiluna-
res del intestino o por engrosamiento unifor-
me de su pared bajo la influencia del sífi-
loma escleroso.

Ved pues, las trascendentales
lesiones y los terribles trastornos q. la sífilis lu-
calizándose, en un tercer periodo en la extre-
medad superior del aparato genitourinario
ocasiona, lesiones tanto mas trascenden-
tales y terribles cuanto q. transgrediendo los
límites de la terapéutica específica corres-
ponden al tratamiento, la sífilis proterica
la patógena de estas lesiones, ella las en-

gendra pero de la minima, manera q.^d 208
endocarditis ocasiona la frecuente y mortal
estrechez y aquella se cura y esta no, la sífilis
ocasiona la constante y grave estrechez farin-
gea y porq.^d las concomitantes manifesta-
ciones gonorréicas cedan al tratamiento, no hace
lo mismo la estrechez a la q.^d abandona
la terapéutica específica, dejando allí como stig-
ma imperecedero, de la terrible infección.

La enfermedad sífilis, cediendo a la terapéu-
tica quirúrgica y obstruyéndose representándose al
aparato digestivo y dentro de la infección al goma
palatina cediendo al mercurio, la periparion
(secuela) reclamando una neoplastica; la
ulcera goma faríngea desapareciendo con
la terapéutica hidrágica. la secuela, estenosis,
necesitando la intervención quirúrgica; pero

206
salgamos de lo sífilítico y observemos la esofagitis, por
ejemplo, curándose con la terapéutica médica
y su secuela la estrechez reclamando la eso-
fagotomía, la úlcera redonda de Cruveilhier, cica-
trizándose con la dieta láctea la estenosis conse-
cutiva del píloro, exigiendo la operación de
Pean, la fiebre tifóidea cediendo bajo la hidro-
terapia a lo Brandt, la perforación intestinal
su secuela cediendo a la enterorrafia, a lo
Cherny o a lo Gussenbauer ya esta que se obser-
va en todas las quimproyéticas no hace excep-
ción la sífilis al localizarse en el tubo digestivo.

Todas las lesiones sífilíticas terciarias
de la cavidad buco-faríngea, ostentan dos
caracteres q. no dejan de llamar la aten-
ción: me refiero a la indolencia y a la
falta de adensación. La primera es conse-

ter particular de todo lo nefrítico; no es la primera ²⁰⁴ vez
q' en el curso de este trabajo hemos llamado la
atención acerca de ella, ni la última seguramente;
carácter peculiar de los dos primeros periodos
no deja de serlo en el tercero; el dolor físico es la
infección nefrítica, es muy pequeño, casi in-
sensible comparado con el dolor moral: es un he-
cho positivo en la clínica, la razón inversa en
q' se hallan estos dos dolores; en los más terri-
bles padecimientos, en aquellos en q' el dolor
moral es inmenso; en aquellos no hay dolor
físico; mirad; ahí tenéis toda una plejyade de cardio-
patas, todos en de orfios extractos y de insuficientes
válvulas en los q' no aparece aquella abatida
la contracción del dolor, pero tampoco la vivida
del bienestar; estos enfermos son los q' más sufren
de todos, para ellos están hechas aquellas

208
frases de un "insigne clínico" y entonces cuando el car-
diaco a cesado de vivir, es cuando en realidad a
cesado de morir: en ellos el dolor moral es inmen-
so; ¡quién lo duda! y sin embargo q. pocas algeias
hay en los cardiopatas; una arterio cardiopatia hay
muy dolorosa, tanto q. la ha valido el nombre
de angina pectoris por los antiguos clínicos; presiente
en esta en q. el dolor físico es grande, el dolor mo-
ral es nulo porq. el enfermo de angina de pecho
muere bruscamente en ~~un momento~~ de un ataque
sin q. haya sido precedida de la lenta agonía
de la insuficiencia valvular; parecen a otros
pode enfermos a los neuropatas y observad los
enfermos en q. el dolor moral llega al máxi-
mum, los neurasténicos en q. la tristeza, el
aislamiento, la hipcondría constituyen el
estigma físico de su dolencia y el máxi-

mur del dolor moral; en estas el dolor físico es
 tan pequeño q. hasta las cefalalgias sintoma trans-
 cendental en ellos son sensaciones de puro ~~ser~~
 más bien q. el dolor y a q. multiplican los epim-
 ptos q. vengan a corroborar el hecho q.
 hemos afirmado referente a la inversa reci-
 procidad de los dolores en la clínica, hecho de-
 mostrada, como hemos visto y necesariamente
 había de suceder así pues, si las materiales
 impresiones q. transmitidas por los nervios al
 órgano central, del nervio. je por muchas,
 este impregnado por el dolor físico digamoslo
 así, estaría impermeable hasta cierto pun-
 to a ser sede de sensaciones efectivas q.
 constituyen el dolor moral; este q. está en razón
 inversa de aquel y es en trinitarios q. por
 ser aquel muy pequeño, es muy
 grande este pues por ser indolente,

(240)

los gomas, en su evolucion y pasar en consecuencia desapercibidos, lamentarse extraordinariamente el enfermo q^e ya no se acordaba de su sífilis, al encontrarse con el velo del frabadar perforado, o su úvula destruida o su amígdala estrecha.

Además de la indolencia, otro de los caracteres de la sífilis terciaria buco-faríngea es la falta de reacción ganglionar: esto si q^e es peculiar de las lesiones terciarias, tanto q^e en la ~~primaria~~ primaria la plejade ganglionar de Ricord, constituye un signo diagnóstico y en la segunda lo es, lo contrario precisamente, la falta de reacción ganglionar, no me extraña pues la sífilis tiene tanto menos de enfermedad infecciosa cuanto más avanza en su evolucion: en el primer periodo no la falta nada

211
para ser considerada como tal, microbio, puesta de en-
trada, reproducción de la levadura, en otros amicrobia-
na, aunque mas de toxica, a mi juicio; aqui las
toxinas sifilíticas juegan gran papel y prog. en-
contramos q. las levaduras secundarias por las mas
difundidas por toda la economia, las mas febri-
les, las mas contagiosas; en el tercer periodo q.
hubiera uno llamar **neoplástico** ha perdido la
infección la virulencia de tal modo q. nada
de contagiosidad, la neoplásica, es decir, el
periodo neoplásico cuando no hay virulencia ya
en el ~~aparato~~ agente microbiano; y q. poca
deben tener los microbios de los neoplasmas
en general!

La sífilis terciaria, en el esófago. ²¹²

Órgano de tan escasísima autonomía y topografía, q. no hay riesgo q. pueda considerarle como muy tarde el momento en q. va de ~~q. pueda considerarle como muy tarde el momento en q. va~~ de ~~q. va~~ se para por la cervical, torácica y abdominal, viviendo al mismo, exclusivamente, para el paso de las sustancias alimenticias q. se dirigen a lo profundo del aparato quilo-poyético.

Colocado en el cable destinado a poner en comunicación porciones distintas de dicho aparato, cable de anatomía

transitoria y de transitoria fisiologica,
 Sarrau también a las múltiples causas
 capaces de alterar nuestro funcionamiento
 normal, pasando a través de él, cual
 la corriente eléctrica, a través del hilo q.
 pone en comunicación los más
 dilatados continentes, sin dejar en este
 huella alguna de su misterioso paso
 y así en la fiebre tifóidea o doterientérica
 de Bretonneau, por ejemplo, en cuyo sindro-
 me se observa, aparte de la elemental
 lesión ulcerativa de las placas de Peyer de
 los terminales arias del ileon, hemorragias
 e infiltraciones en la superficie de la
 lengua q. adquiere el denominado aspec-
 to fuliginoso, accidentes inflamatorios
 en la faringe q. ocasionan la angina,

alteraciones evidentes en la cavidad gástrica, y ⁴
alterar su funcionalismo, sin q. el esfago
se resienta; es el cable q. ha dado paso al ba-
cilo de Eberth-Gaffky estableciendo patológica
comunicación entre las cavidades buco-farin-
gea y gastro-enterica, pero ¡ah! q. de la
misma manera q. el cable q. da paso
a la corriente eléctrica q. se desliza silen-
ciosamente por su espesor se funde o altera cuando
sobre el q. cae la chispa, del mismo modo
el cable esfágico se altera cuando sobre el
cae la sustancia cáustica q. lo corroe, una
hiperemia tóxi-infecciosa q. lo inflama
un neoplasma q. lo aplasta, una úlce-
ra q. lo perfora.

Y ved aquí, aquel órgano
de anatomía transitoria y de transitoria

218
fisiológica alterado, la mayor parte de las veces y por
algo q. se va de tránsito, pero ocasionando cil-
teraciones q. distan mucho de ser transitorias
y a veces q. estas en lo q. a la sífilis se
refiere, lo son bastante, cuando a ellas se opone
terapéutica específica, no sucede lo mismo
cuando acontece en el or. útero; en el las alte-
raciones, son frecuentes pudiéramos decir,
reacciona de una manera tan gruesa
y mecánica a lo sífilítico terciario, q. tras-
pasando la frontera de la terapéutica médica
se terminaría si no fuera cuenta del desgra-
ciado propietario o viviera en un cubilillo
la terapéutica quirúrgica; y he aquí a lo
~~sífilítico terciario, q. traspasando la fronte-
ra de la terapéutica médica~~
lo sífilítico reclamando el bisturí; quien lo diría!

era enfermedad q^d. curamos con piladoras, infe-²¹⁶
cciones, con la mas genuina representa-
cion de lo medico; redama, al localizarse
en el esofago y estrechar este organo, man-
do se abraza con el otro lado de la esclero-
sis, la reaccion la mas fide digna represen-
tacion de lo quirurgico. Y es q^d. lo q^d. dice

Dillafoy para la tuberculosis en su articulo
de tisis laringea "lo digo ya para la sifilis;"
cada organo hace la tuberculosis a su manera.
Dice el iingre clinico, "cada organo hace la
sifilis a la suya," pudiéramos decir, y por
eso vemos al esofago ante la sifilis estrecharse,
ulcerarse, como se ulcera y se estrecha ante
la mayor parte de las lesiones q^d. en el se
localizan y es q^d. reacciona mecanicamen-
te ante todo lo q^d. le ataca por biologico

esto fuera.

Cada órgano hace la sífilis a su manera pero no se hace la sífilis para cada órgano y de aquí q. en el periodo terciario de la infección, las lesiones q. puedan aparecer en el esófago son las peculiares de dicho periodo y q. ya encontramos en los primarios tenemos del aparato digestivo, gomas, úlceras, enderiosis.

Cada órgano resiste la sífilis a su manera y a cada órgano ataca la sífilis con notoria diferencia por la q. a su frecuencia respecta, pues desde

Marco Aurelio Ceverino, q. en el año 1580 parece aludir por primera vez a la sífilis esofágica con aquellas palabras

"Culto anatómico tradita cadaveria variorum syphilide extincta"

torum exhibent exulcerationes tum in oesophago, tum ²¹⁸
in trachea" "Los cadáveres de varios individuos q^e
fallecieron a consecuencia de sífilis, — vs
a la sala de disección presentaban
unas veces en el esófago, otras veces en la tra-
quea" hasta el año de 1870, según dice
Sullivan, no se ha podido encontrar otros
casos de sífilis esofágica, engrosados ulcero-
mente hasta una dos docenas de casos, y todas
los autores relatan los casos observados por ~~Sullivan~~
q^e fueron dos, uno afectado, a mi juicio, se-
gún deduce del estudio de la historia del enfermo,
de disfagia parálitica por neuritis sífilítica,
curado por la específica terapéutica, el ca-
so observado por Virchow, con atrofia de las
aberturas posteriores de las fosas nasales y
estrechez cicatricial de la faringe superior

219

del esófago; otra del mismo autor en el q.^o desta-
caban un serredor de la úlcera, gomas amarri-
llentas q.^{as} corroboraron la especificidad de la
ulceracion; el de Wilkes, q.^o puede observarse
en la actualidad en el museo de Guy's hos-
pital, donde se conserva el esófago, el tan
conocido de Jaime West, Cirujano del Hospital
de la Reina en Birmingham referente a
a una joven sífilítica de 21 años, q.^o habiendo
presentado entre otras muchas manifestaciones
específicas una disfagia; presentó en la an-
tupna una estrechez de dos pulgadas y media
en la parte superior del esófago, constituida
por ~~tres~~ tres fibras, análogas segun dice el
referido cirujano a las q.^{as} se observan en las
estrecheces antiguas de la uretra; el de Hirsfel-
d, lo anteriores de Rhodius, Ruyseh, Haller,

220
Pallota, Cornichail, Clapton, Mackenzie, Fri-
burski, Reurin, los mas modernos de Muri-
nac, Van Harlingen y Ortani publicado este
ultimo en la semana medica de 29 de En-
dio de 1887 con caso q. levantaba el monu-
to incommotible de la protuberancia y no rara
existencia de la sifilis orofagica.

Proo, son, dicen los autores, los
casos de esta afeccion hasta la fecha; contrasta
verdaderamente su rareza con la frecuencia
de sus localizaciones en la faringe: ~~hasta~~
ahora bien, habria q. modificar a, m. m. m.
estas palabras, en los si-
guientes terminos; poco son los
casos de sifilis orofagica diagnosticada
hasta la fecha.

Marco A. Severino

221

en el año 1581 fue el primero q^d señaló la existencia de ulcera-
ciones sífilíticas en el esófago; ahora bien ¿es lógico suponer q^d Marco
A. Cerverino tuviera el feliz acierto de diagnosticar la primera manifestación
de sífilis esofágica? en otros términos ¿no se presentaron lesiones sífili-
ticas en el esófago hasta la época de M. A. C. seguramente q^d sí co-
mo es posible suponer q^d la sífilis enfermedad antiquísima y q^d no respe-
ta órgano alguno, respetase el esófago hasta la época de Marco A. Cerverino?
lo que hay q^d suponer, es q^d las sífilis lesiones sífilíticas del esófago, hasta
dicha época pasaron desapercibidas, q^d posteriormente, gra-
cias a los más precisos conocimientos acerca de la enfermedad, se llegaron a recono-
cer y diagnosticar las lesiones esofágicas, q^d algunas manifestaciones de la sífilis
pasaron desapercibidas y en la actualidad también pasan, pero nunca asegurar
q^d la sífilis no ocasionaba estrechez esofágica hasta la época del citado
pues q^d ¿sería lógico suponer q^d hasta q^d las valentías de los cirujanos americanos, abriendo el vien-
tro nos pusieron de manifiesto las lesiones del apéndice vermiforme en los casos de tiflitis, no
siguió la apendicitis? el suponer esto nunca no es acatar una universal ley q^d dice:
"en la naturaleza nada se crea, ni nada se pierde."

Las tres lesiones típicas de la sífilis terciaria tienen localización en el esófago, en donde indudablemente han de recibir el aspecto y evolución que hemos en otros órganos estudiado, pero como en la enfermedad influyen las condiciones del órgano de positiva manera porque, si la "función hace al órgano," el órgano hace las manifestaciones de la enfermedad; porque si "al órgano le hace la fisiología" o "la patología la hace el órgano," en el esófago las úlceras, gomas y esclerosis originan estenosis, estasis, rupturas, perforaciones.

No solo padece de estos modos el esófago ante la sífilis; esta en su período de generalización del virus o período secundario, al ocasio-

mas aquellas hiperémias tan frecuentes en los diversos órganos no se ha de olvidar de la misma exófagica y en su consecuencia la esófagitis, puede presentarse en el curso de la sífilis pero esta es manifestación que pertenece al segundo periodo y por lo tanto no nos incumbe en estudio.

Hay una lesión que no radicando en realidad en el exófago se traduce por alteración en la función de este órgano, me refiero á la parálisis, exófagica ó disfagia parálitica que es una sequela algunas veces á una neuritis sífilitica. De esto se trataba segun yo creo en uno de los casos de sífilis exófagica citados por Follin. Estos casos son

224

precisamente los que más positivo resultado obtienen del tratamiento mercurial.

Las lesiones sífilíticas del tercer periodo pueden producir en el esófago varias alteraciones, 1.^a la estrechez: ¿por qué mecanismo? raras veces la produce el goma en su periodo de infiltración; el goma en el esófago no alcanza raras ordinariamente un tamaño suficiente para producir la estrechez, pues antes de esto se ulcera, en cuyo proceso ulcerativo tan precoz en el goma esofágico, juega importante papel el tránsito tan frecuente de los alimentos cotidianos determinado repetidos traumatismos: esta es mi opinión, para producir estrechez tendría el goma que

una disposición circunferencial y ser múltiples.

Krümm que es el que cita la posibilidad de la estrechez por "nódulos gomosos", que sobresalgan en el interior del conducto, interpreta erróneamente, quiza para poder afirmarlo que atruece, el caso que cita Virchow de un rifilutuo que ofrecia una estrechez consecutiva à una úlcera que iba retrayéndose, al lado de la que existian gomas amarillentas en plena degeneracion: no eran los nódulos gomosos los que ocasionaban la estrechez, era la ulceracion.

La estrechez es producida por el tejido cicatricial que consecutivo à la involucion de una ó varias úlceras gomosas, forman las paredes exofagicas, disminuyendo el calibre del organo; otras veces es la

esclerosis, es la proliferación conjuntiva tan frecuente en los sífilíticos, es el sífiloma escleroso el que forma al esófago en un punto un endurecido cinturón.

La úlcera gomosa y el sífiloma escleroso producen la estrechez del órgano y la ectasia; ¿quién la produce? la estrechez, toda estrechez va precedida de dilatación decía Peter y no le faltaba razón; por eso de la estrechez se acumulan los alimentos que en el estado normal pasan por el conducto; este intenta con las contracciones de sus paredes vencer la estenótica resistencia hipertrofia sus fibras ~~músculares~~, antes de la ectasia hay, pues, un engrosamiento de las paredes esofágicas, pero a la tempestad sigue la calma, como si las convulsiones de los epilépticos el

227

profundo estuyor que es en el aneño. y a las pare-
rias más flácidas, las más rígidas, contractura, y a
la hipertrofia más interna, las degeneraciones más
acabadas y entonces flácidas las paredes del exófago
se dilatan circunferencialmente he aquí la ectasia.

La perforación del exófago. es otra de las le-
siones de sus paredes ocasionadas por la sífilis tercia-
ria: la úlcera gommosa destruyendo en su evolución
la mucosa, la túnica muscular y la fibrosa consti-
tuye la solución de continuidad.

La rotura del exófago. es a mi juicio más
de los accidentes de la sífilis terciaria; la rotura de
este órgano es muy rara, tanto que solo se registran
hasta el día 7 casos en la literatura médica: la cau-
sa es desconocida dicen unos clínicos; el jugo gástrico

228

penetra en el exófago y si este está anémico, digiere sus paredes, dicen otros, esta suposición se por su base: la primera es un baldón de la patología. Lo he leído en una obra de patología, las siguientes palabras "Los individuos a quienes se rompió el exófago llevaron una vida desordenada" estas frases me han dado que pensar, no ¿os parece racional suponer que alguno de estos individuos fuera sifilítico, que presentara una degeneración amiloide en su exófago, como la presentan en su ligado o en su intestino, que predisponiendo así al órgano, un golpe violento de tos, un esfuerzo de vomito, desgarrar sus paredes? esto es más racional y por lo menos más científico que el no dar explicación como algunos o que suponer como otros que se presenta la rotura en individuos sanos, cosa inexplica-

229
ble desde el momento en que Zenker y Lénorsem
demostrado experimentalmente que es tal la resistencia
de las paredes del esófago que soportan un peso de
10 kilos. La estrechez lleva por detrás de sí una esta-
sia y por delante una insuficiencia funcional: esto
añadire con la estenosis esofágica por delante la in-
suficiencia de la alimentación y inacción curativa; los
individuos debilitados son un campo abonado para
aquellas infecciones que no atacan al aumento de la
misericordia orgánica y entre las que figurará la calu-
za, la tuberculosis ahora nos explicamos el porque
ha dicho un sifilógrafo que la estrechez sífilítica
del esófago produce la tuberculosis pulmonar, algu-
nos sífilíticos del esófago inmerent tuberculosos; unos
por el mecanismo indicado se tuberculizan; otros

meren con ~~cavernas~~ pulmonares pero no tuberculosas aquellas cavernas son conexas a quemas pulmonares nada raro en los que ya los poseen en el exófago. he aquí el doble lazo de la tisis pulmonar y la estrechez sífilítica del exófago.

En esta el síntoma ~~culminante~~ culminante es la disfagia que hace al enfermo comer poco y beber mucho para lubricar la superficie de aquel bolo alimenticio que se desliza penosamente y se detiene al llegar a la estrechez y entonces la misma hipertrofia que colorea la porción de la estrechez, al principio empuja ~~los~~ al bolo y le hace franquearla cuando esta es grande, la hipertrofia unida le comprime pero encontrándose con el obstáculo de la estrechez, el bolo alimenticio retruete en virtud

231
de la presión de las fibras musculares esofágicas
hipertrofiadas que se hacen seguir el animal que
trajo devolviéndole al exterior por la regurgitación.

Esta sobreviene pronto casi inmediatamente
en las estrecheces sífilíticas del esófago porque es sa-
bido que la prontitud de la regurgitación está en
razón directa de la altura de la estrechez: ahora bien,
la estrechez sífilítica del esófago es muy alta que
¿no decíamos que la sífilis es tanto menos frecuen-
te cuanto más nos separamos de la faringe y más
nos aproximamos al recto? esto vemos confir-
mado en los casos de estrechez sífilítica del esófa-
go que han sido seguidos de autopsia; estrechez
en el tercio superior y regurgitación pronta: he aquí
una diferencia entre la estrechez sífilítica y cari-

inflammatoria del esófago: en la primera la tracción es más inmediata a la ingestión de alimentos que en la segunda y es que esta radica en la parte media del órgano al paso que aquella lo hace en la superior: además en la estrechez carcinomatosa no es raro ver una anfractuosa bolsa, un divertículo que por encima de la estrechez ~~sirve~~ de guarida a los alimentos y aquellos alimentos que van a ocupar el divertículo no son regurgitados.

La auscultación nos proporciona elementos de diagnóstico en la estrechez esofágica: el ruido de estertor húmedo que se produce cuando se deglute un líquido dependiente del descenso del líquido ingerido y el de gorgoteo que se oye al pasar del cardias al estómago desaparecen;

la estrechez sífilítica del esófago. Están insidiosa a la auscultación como lo es muchas veces a la evolución. La percusión por medio de la inflamación de este órgano nos da idea del sitio de la estrechez y de la extensión y forma de la dilatación. De la situación de la primera nos dará exacta idea el sondaje.

Cuando la sífilis determina en el esófago una ulceración, la sintomatología es en un todo idéntica al del úlcus simplex de este órgano una sintomatología de dolor, esofagorragia y estrechez.

Cuando varicose la vena el síndrome angustioso del enfermo que nota una sensación de algo que se le rompe en el interior del pecho, las náuseas y vomitos sanguinolentos, la ortopnea, sudores profusos el pulso filiforme, inextinguible y la

morte inmediata hacen ~~innecesario~~ ²³⁴ el diagnóstico.

No hemos de insistir en la sintomatología de la sífilis exofágica desde el momento en que sería ocuparnos de todo el síndrome esofagopatía, todas las lesiones que en el esófago determinan causas múltiples, las ocasiona en el mismo una sola enfermedad la sífilis, y es que la etiología esofagopatía o es toxi-infecciosa o es neoplásica y la sífilis es enfermedad que tiene mucho de toxi-infecciosa en los primeros periodos y bastante de neoplásica en el último.

Ante todo enfermo tenemos que resolver entre otros dos problemas fundamentales; tenemos hacer dos diagnósticos; el morfológico y el etiológico; ¿cuál es la enfermedad? ¿cuál es la causa?

si resolvieramos estos dos problemas cuya dificultad llega al maximum en el segundo veriamos engrasar las estadísticas de la sífilis exofágica tan envaladas hasta la fecha por no resolver el segundo de los problemas indicados y es que hagamos la mayoría de las veces a la cabecera del enfermo es diagnosticar la enfermedad pero no su naturaleza, de aquí que la mayoría de las veces el tratamiento es sintomático y la minoría causal.

Como el esófago padece inflamándose, ulcerándose, perforándose o desgarrándose tenemos que tener en cuenta el síndrome febril del primero, el doloroso del segundo, el he-

morráqueo del tercero, el disfragio del cuarto, el angustioso, ortopédico y mortal del quinto.

El diagnóstico de las esofagopatías inflamatorias está rodeado de inmensas dificultades, dicen todos los autores; observese que la mayoría de las veces se ha hecho post-mortem; se ha privado a los inflamatorios esofágicos de los indiscutibles beneficios de la específica terapéutica, y por el contrario se somete a individuos que tienen enfermo su esófago al tratamiento de prueba, que lo único que ha venido a probar han sido las tinieblas que envuelven a la ciencia en algunos puntos, o mejor a los interpretes de la misma.

Pues bien las esofagopatías inflamatorias no son indistinguibles en nada, ni en

siendo menos; ¿para que de las concomitantes organopáticas en dicha infección? ¿no veis en el sífilítico con su esófago enfermo que el hígado protesta de la infección? ¿no se observa que las lesiones viscerales de la sífilis, están unidas por la más estrecha solidaridad facilitando el diagnóstico del una manera positiva.

Lesión exofágica, naturaleza de la lesión; he aquí los dos problemas que tenemos que resolver en las exofagopatías sífilíticas, como en todas las exofagopatías. El primero la mayoría de las veces se resuelve con la introducción de una sonda, pues a su beneficio, si hay estrechez resuelto queda el primer problema desde el momento que la extensión domina casi toda la patología exofágica. Aunque la disfagia es sintoma culminante de estrechez no

sirve por sí sola para diagnosticarla pues existen disfasias sin estenosis como son todo ese grupo de disfasias paráliticas sobrevenidas en el curso de meningitis toxi-infecciosas.

Como la ríflis esofágica al localizarse en sus paredes determina una estrechez intrínseca, es dependiente siempre de alteraciones de sus paredes tenemos que dilucidar este punto primero, la estrechez ¿es extrínseca o intrínseca? es decir depende de compresión de órganos vecinos alterados o sanos o de una alteración de sus paredes.

El primer caso la infección da lugar, o conocer el aumento de volumen considerable del cuerpo tiroideo cuando es el bocio la causa de la compresión y subsiguiente estrechez

esofágica.

La percusión o nivel de la horquilla del
 non para los casos de bocio ^{retro-external} ~~retro-external~~ Ambos proce-
 dimientos, la auscultación y la esfigmografía a lo
 hay que añadir los dolores espasmodicos de curvas de
 afecciones aórticas, el examen de la concomitan-
 cia sindrómica en los casos de adenopatía median-
 tística, neoplasmas de esta región, abscesos de origen
 pottio etc. etc. nos harán aceptar o desechar el
 grupo de las estrecheces extrínsecas, entre las que
 se halla una indistinguible en vida y producida
 por la anomalía de nacimiento de la arte-
 ria sub. clavia derecha y llamada disfagia luso-
 na de Bayford. Cuando estemos convencidos
 de que la estrechez depende de alteración orgánica

de sus paredes, tenemos que hacer su diagnóstico ²⁴⁰
diferencial entre la toxi-química, la tuberculosa, la
cancerosa.

La 1^a por la anamnesis, su brusca presen-
tación acompañada del ~~síndrome~~ doloroso y angus-
tioso de una esofagitis, cuando no de una perfo-
ración inmediata se da a conocer. 2^a la edad,
la regurgitación más tardía que en el caso
de estrechez sífilítica pues aquella radica en el
tercio medio y ésta en el superior, los infartos
supra-laringeales, la existencia de bolas compro-
badas por el cateterismo esofágico, la afonía
por compresión del nervio recurrente a be-
neficio del tumor, la disnea y toda la plegada
síndromica de coagulación cancerosa tan rápida

al ascender en el esófago nos lo dan á conocer. La 1.^a el tipo del enfermo orientará el hábitus tóxico, la alteración de los pulmones que no están al abrigo de la lesión que ataca al esófago, la regurgitación más tardía que en la sífilítica, y radiar aquella en el tercio inferior, nos sacarán de duda. Y por exclusión como tantas veces hacemos á la cabecera del enfermo llegamos al tipo de la lesión sífilítica auxiliada por otras manifestaciones específicas tan en los períodos avanzados de la infección en que el esófago padece. Hay un tipo de estrechez que no cabe dentro de ninguno de los grupos que hemos señalado; me refiero á la *esofagitis* más ó menos franca presentación de esta sobrevenida

en personas histericas, hidrófobas son elemento
 de diagnóstico. No es pues difícil el diagnóstico de
 las esofagopatías sífilíticas; se me dirá es verdad,
 que el diagnóstico directo es imposible, que ha de
 ser por exclusión, ahora bien ¿no para esto en la
 mayoría de las enfermedades que no tienen signos
 patognomónicos y ^{por lo tanto son} ~~estas~~ casi todas. El diagnó-
 stico de las otras alteraciones esofágicas sífili-
 ticas lo haremos conociendo el síndrome esofagó-
 pático y estudiando al estudio detallado de su
 anatomía y comomitarancia patológica, presun-
 diendo en absoluto del "natura morborum," etc
 distintivo clínico del que hacen uso la mayoría
 de los médicos a la cabecera del enfermo y que

nada nos sirve en estos casos de sífilis en que la lesión predomina sobre la natural, en que el órgano se ha hecho sífilítico a su manera, en que no hay tratamiento médico posible, en los sífilíticos.

La sífilis terciaria en el estómago.

Parece que a la sífilis quita un espíritu un poco conmisericordioso cuando ataca al aparato gástrico, pues al lado de la multiplicidad y frecuencia de las lesiones que hemos observado en la cavidad buco-faríngea, contrasta la rareza de las que vemos en la cavidad gástrica las que encierran una gravedad inmensa por su totalidad, porque como las manifestaciones viscerales tienen lugar en los periodos avanzados

244

de la sífilis en los momentos en que esta empieza
a desobedecer a la terapéutica son las más graves y
tenaces y además de ser tenaces y graves son, doloro-
so es conferirle muchas, muchísimas veces descons-
oladas; llama más la atención y es más apavorante
una osteitis del frontal, una perforación palatina
o una lesión laríngea que un solapado sífiloma
gástrico y es que la luz de la ciencia reflejándose en
el espejo laringoscópico ilumina el goma laríngeo
y deja sumido en la oscuridad el goma de la cavi-
dad estomacal a donde a pesar de los esfuerzos gastro-
cópicos no llegan los destellos del diagnóstico. Pero que
lo que más distingue la naturaleza de las enferme-
dades es la anatomía patológica, no la clínica, por
esta la mayor parte de los padecimientos de un
órgano tienen, hasta cierto punto, analoga fizo-

nomia por aquella ostentan sus mayores diferencias que padecen un órgano, nos lo dice la clínica, la naturaleza de lo que padece, no lo enseña la anatomía patológica. El padecimiento se ostenta por perturbación del funcionamiento orgánico la naturaleza se vislumbra por alteración del anatómico; lo primero se ve en la alteración de los órganos todos; lo segundo no más que en accesibles a la exploración; por esto es muy fácil afirmar la existencia de úlcera faríngea de naturaleza gémora y es muy difícil asegurar la de úlcera gástrica de naturaleza sífilítica.

Que padece el estómago en el tercer periodo de la sífilis Virchow no lo dijo en la autopsia de individuos muertos de sífilis en los que obser-

no "la mucosa del estómago algo engrosada y fuertemente enrojecida," que parece ^{o tentando} ~~o tentando~~ ^{gonus} ~~gonus~~ y úlceras, lo ~~claro~~ ^{claro} anatómicamente de dicho período de la infección ulteriores, y múltiples autopsias no lo han demostrado.

El estómago es uno de los órganos que más resisten a la infección sífilítica, es uno de los más tardíamente atacados por ella, pues observar el hecho de que dentro del período terciario son muchos los órganos atacados de lesiones sífilíticas antes de que lo sea el estómago y de aquí que la sífilis gástrica vaya acompañada de otras lesiones no solo en aparatos diversos, sino en el mismo digestivo y así la mayor parte de los cadáveres sífilíticos que ostentaban lesiones gástricas

cas específicas, presentábanlas también en los pulmones, laringe, hígado etc....; la sífilis gástrica no suele ir nunca sola y es que no hay víscera tan social en la economía como el estómago; ya lo decía mi querido maestro Dr. Royo "cuando padece el estómago, padece con él la economía entera, tocando á menos la ración morboza" y esto efectivamente se observa en la infección sífilítica; cuando padece la víscera gástrica una lesión terciaria padecen con ella las demás vísceras y así nos lo atestiguan entre otros casos que pudiéramos citar el de Klebs, de un sífilítico que presentaba una ulceración en la cara posterior á pequeña distancia del cardias, juntamente con ulceraciones sífilíticas en la piel, garganta y sífilomas linguales.

hepativos e intestinales, el de Welchelbaum en el que
 además de un proceso sifilitico-ulceroso del estómago,
 habia múltiples lesiones terciarias como eran sífilo-
 mas faringeos y ulceraciones sifiliticas en la piel del
 craneo, el de Birck-Hirschfeld, que alude a una
 mujer de 45 años, en cuya autopsia se halló en el
 lóbulo izquierdo del ligado un goma del tamaño
 de una naranja y en una de las paredes del estóma-
 go una placa gomosa.

De todas las regiones del estómago
 el punto que eligen las manifestaciones terciarias
 para su localización es la pared posterior. Obsér-
 vense los casos más notables de sífilis gástrica que
 la ciencia he registrado y se vera corroborada
 afirmación. Wagner en la autopsia de un sifilitico
 de edad avanzada encontró en la pared poste-

rior del estómago una úlcera gomosa en ¹ vías de cicatrización. ~~Burch~~ ~~Horsfield~~ señala el resultado de la autopsia de un sujeto de 45 años, sífilítico antiguo: en ella observó cerca del píloro y en la pared posterior gomas amarillentas al lado de una extensa ulceración. Klebs señala el caso de un sífilítico que presentaba una úlcera específica en la cara de este órgano. En un caso que cita Max Einhorn la úlcera sífilítica también radicaba en la pared posterior. En dos casos de Chiari asentaban en el mismo sitio. Nosotros estamos tratando en la actualidad un sífilítico con una úlcera de naturaleza específica, situada a no dudar en la cara posterior del estómago. Mas adelante lo iremos en historia clínica al conocer.

250

La sífilis gástrica se ha observado el mayor número de veces en individuos del sexo masculino; he aquí un dato digno de ser tenido en cuenta, que contrasta con la úlcera redonda de Cruveilhier que se observa con más frecuencia en el sexo femenino; casi todos los enfermos de úlcus simples son jóvenes cloroanémicos; casi todos los de úlcera terciaria son viejos sífilíticos; en aquellas hipoplasias arteriales; en estas esclerosis vasculares.

Aunque los gomas sean la manifestación más frecuente de la sífilis terciaria en el estómago, la ulceración de esto al localizarse en dicha viscera es tan precoz y tan constante, la mayor parte de las gastritis sífilíticas evolucionan a la manera de la

lo ulceroso predominando sobre el tumoral, ⁸¹ vemos
insidencias de ^{lo} que acontece siempre en dicha visera.

Casi todos los casos de sífilis gástrica
van acompañados de ese cortejo sintomático que tan
acostumbrados estamos à encontrar en la evolu-
ción del *ulcus rotundum* y en las lecciones clínicas
de Dieulafoy así se observa en aquel caso de un
hombre de 33 años de edad en cuya anamnesis
figuraba la sífilis y que venia padeciendo años y
medios de gastralgias y vómitos alimenticios tan
rebelles que ni la leche, específica dietética del *ulcus*
simplex, ni los alcalinos ni el opio ni nada de lo
que actualmente se emplea contra dicha enfermedad
le fué suficiente para curarle, barriendo para ello la
inyección del aceite de hiyoduro de hidrargirio, los
dos casos que Fornier presentó à la Academia

252

de Medicina de Paris el 1898, el citado de Max Riborn, el anotado por Andral y otros muchos más nos indican y señalan la sífilis gástrica evolucionando de una manera análoga en la úlcera de Cruveilhier.

Esto es lo que ocurre en el enfermo que en la actualidad estoy tratando y que para mí tiene una úlcera sífilítica en la pared posterior del estómago. Este enfermo de 42 años de edad a quien vi por primera vez el día 11 de Diciembre, había tenido el día anterior una hematemesis tan copiosa que le ocasionó un ligero síncope; el día 17 del mismo mes tuvo otra menor arrojando sangre de color rojo guardo con algunos restos alimenticios. Interrogado el enfermo nos dijo que hacía

año y medio que no se encontraba bien del estómago, que tenía dolores que le exacerbabán a la media hora después de haber comido, se le calmaban algo colocándose sobre un sofá en decúbito prono, que había tenido vomitos algunas veces en los intervalos de las comidas y otros inmediatamente después de estas. La palpación en la región epigástrica, le era dolorosa y lo mismo acontecía en la ^{de la} región epuética, a nivel, la presión digital hecha con fuerza arrancábale a veces al enfermo un ¡ay! lastimero.

Refiriome el enfermo que durante año y medio le han administrado gran cantidad de bicarbonato y le han sometido durante algunas temporadas a un régimen lacteo casi exclu-

cuyo plan curativo no lo mejoró apenas y la prueba decía el enfermo y tenía razón "es el vomito que se me ha presentado."

Ante este enfermo nadie hubiera dudado en diagnosticar "úlcera redonda de Caecum ~~Uter~~", es tan arraigada la idea que tenemos desde el año 1830, de la autonomía de esta entidad morboza, esta frecuente suppuración que todo síndrome doloroso y gastroarráquico lleva inherente el anterior diagnóstico. Dejémoslo, estaba a hacer lo cuando me llamó la atención la existencia en la frente del enfermo de mas cicatrices en su todo características e idénticas a las que nos señalan los autores como consecutivas a las

sifilíticas ulcerosas de la piel: interroguéle en ese sen-
tido y respondiome el enfermo diciendo "que ha-
biendo tenido un diacono hacia 7 años que fué
seguido de erupciones cutáneas y lesiones farin-
geas le administraron al interior un liquido
vinudoro que le produjo algo de diarrea y que
habia contribuido decia el enfermo a estreñarle
el estomago. Cicatrizadas las úlceras estuvo bien
dos años hasta que le empezaron las gastralgias
y los vómitos y con ellos continuó.

Ante la resistencia de la lesión gástrica a
las que pudiéramos llamar su especifica tera-
peutica lactea me resistí yo a ~~exce~~ en la exis-

256
tencia de la úlcera de Cruvilhier sobre todo desde el momento en que el enfermo abre del todo su accidentada vida patológica.

Es indudable que el prejuicio tiene una decisiva influencia sobre la cabecera del enfermo. Nunca se diagnosticaron un mayor número de nefritis que cuando influenciado por los estudios de Dillafay ~~hacia~~ acerca del pequeño brightismo se interrogó al enfermo acerca de la criestesia o de la formación de ácido urico. No se si el prejuicio influyó en el diagnóstico de este enfermo; yo le vi en los días en que preocupado con el estudio de la sífilis gástrica habia llegado a sacar el ~~con~~ beneficio de que algunos enfermos ulcerosa

287

gastricos inveterados que engrosan las estomacales de Rorenheim y Bainton, debían formar parte de la de Fournier o Chiari; con eso de la sífilis gástrica no estenta al parece en su evolución clínica según algunos que la diferencia de las otras gastritis, cuyo síndrome simula, son bastante los ^a ^{re} desproves de los maravillosos resultados de una terapéutica específica. No se, digo, si este prejuicio me llevó a mi formular el diagnóstico que hice de "úlcera gástrica sífilítica asentada en la pared posterior", lo que arguye es que si así fué tal prejuicio ha dado la salud al enfermo, pues consecuentemente a mi ma-

258
nera de pensar le administre al interior el
yoduro potasico en solucion al 10 % al mis-
mo tiempo que le propinaba las inyecciones
de oxido amarillo de mercurio y si el "natu-
ra morborum curationes ostendit" antiguo
aforismo por tantos clinicos sancionados es
un hecho positivo, no se dude en un mo-
mento en admitir mi diagnostico? el en-
fermo mejoro tan notabilisimamente que
a los 15 dias los vomitos alimenticios que
presentaba el enfermo, algunas veces despus
de la comida, no se presentaron más y la
epigastralgia habia desaparecido a tales
términos que el enfermo se golpeaba la region

epigástrica con gran contento sin
el menor dolor.

Localice la lesión ulcero-sifilítica de
nuestro enfermo en la pared posterior por
que aparte del hecho positivo que hemos se-
ñalado acerca de la mayor frecuencia de
las lesiones sifilíticas en dicha pared, presen-
taba el enfermo dos signos que le hicieron
pensar en tal localización. El uno era la exa-
geración tan atroz que experimentaba el dolor
al comprimir a la derecha de la duodécima
vertebra dorsal, el otro era el hecho señalado
por el enfermo de que la posición en de culito
provocaba le calmaba el dolor.

Decía hace un momento que la

(260)

sifili, gastrica no ostenta al parecer en su evolución clínica signo alguno que la diferencia de las otras gastropatías y era sola causa de que las afecciones sifilíticas del estómago pasaran tantas veces desapercibidas pero à medida que vayan observandose modificaciones en el químinimo gastrico ó alteraciones de otro indole en el estómago de los individuos hie-ticos, es indudable que el diagnóstico de las gastropatías sifilíticas seran sumamente que ahora nos encontramos todavia no cabe dudar en los primeros tiempos del conocimiento clínico de las gastropatías sifilíticas; figúrese que la mayor parte de los casos que conocemos

referente à sífilis gástrica se diagnosticaron ⁽²⁶¹⁾ a
posteriori, que es al cadáver y no al enfermo al
que debemos estos conocimientos, que fue la ana-
tómia patológica y no la clínica que nos lo
dio à conocer, aquella nos dice categoricamen-
te la úlcera que radica en el estómago de este
individuo, es de naturaleza gomosa, esta no nos
lo puede decir todavía de un modo tan afirma-
tivo.

¿Será la hipodorhidria un signo con que
la clínica nos diferencie la úlcera de Cruvelhier
de la úlcera gomosa? ¿serán otras modifica-
ciones en el funcionalismo gástrico? Lo transcen-
dental é importantísimo llegar à poder afirmar.

2
Siminamente que la úlcera que padecemos indivi-
duos es una úlcera gomosa no porque nos lo
diga á voz en grito (terribles conmutancias
patológicas sino porque nos lo diga la úlcera
en sí.

No todas las ulceraciones que radican en el
estómago del individuo sífilítico son úlceras
gomosas, desde luego el estómago de estos no se
hallaba al abrigo ni mucho menos de la úl-
cera redonda de Cruvelhier; al contrario, y en
ciertas condiciones alocadas en el estómago
de los sífilíticos para que en el asiente la úl-
cera redonda de Cruvelhier, cualquiera que sea
la patogenia de esta; mirad, os gusta la teoría
patogenica de Botcher era que se conoce en la

263

ciencia con el nombre de teoría de la infiltración microbiana? pues bien mis microbios mi tendencia a la infiltración os habrán de faltar: os reduce la teoría que apenas he encontrado en la ciencia, la que atribuye dicha lesión al muel perforante, ¿danteos la teoría que pudieramos llamar trófica? bien muchos de trastorno en la troficiudad se encontrará en la génesis de esas ulceraciones terciarias no gomosas, que hallamos en la infección sífilítica; ¿opináis con Virchow y con la mayoría de los discípulos que son las perturbaciones circulatorias, la estancación de la sangre venosa la degeneración ateromatosa de los pequeños vasos gastricos la causa de aquella mancha equimótica genética de la úlcera de Cruvelhier? pues degeneran

ción aterrominadora de las arterias encontrareis en los ⁴
sifiliticos ¿quien lo duda? esta necrosis venosa halla-
reis en ellos en que el ligado sufre tanto. La ulcera
redonda de Cruveilhier pues halla condiciones
abundantes para asentarse en el estomago de los sifi-
liticos.

Hallaremos pues en el estomago de los sifiliticos
la ulcera de Cruveilhier que no es sifilitica, pero
en cuya patogenia la sífilis no deja de tomar par-
te; ¿se le quiere llamar ulcera gastrica pare-sifili-
tica?

Los proceros sifiliticos ulcerosos del estomago
tienen una evolucion clinica que no se ha diferen-
ciado para nada de la de la ulcera redonda de
Cruveilhier y para no dar demasiada extension al
y por el síndrome clinico de la ulcera
tan extraordinariamente conocido lo

265

paramos sin alto no sin decir 1.ª si la hematemesis es un sintoma frecuente en la úlcera redondeada de Cruveilhier, las úlceras gomosas nunca falta pudiéramos decir recorrer las observaciones de Journier de Birch - Hirszelo, Chiani, . . . etc. y os convencereis: la tendencia hemagarriga en las úlceras gástricas de origen sífilítica llega al maximum. 2.ª la perforación, terrible perforación de la úlcera redondeada de Cruveilhier no la hallaréis nunca pudiéramos decir en la úlcera sífilítica: la perforación es la complicación propia de la úlcera de Cruveilhier que sienta en la pared anterior, pero lo mas asequible que es dicha pared a los traumatismos. Ahora bien hemos asentado anteriormente que las úlceras gomosas no radican más que en la pared posterior, el mayor número de veces, pared porción aduapro-

266

teída por la perforación, por eso no se encuentran casos de úlcera gástrica de origen sífilítico, que vayan seguidos de perforación y amén el caso de Sancerre en un hombre de 70 años en que la perforación pareció inminente por la destrucción que la úlcera había ocasionado, no tuvo lugar porque un pelotón grueso adherente colgado detrás lo impedía.

Para la diferencia con la úlcera de Cruveilhier y no someter inutilmente al enfermo a una rigurosa dieta láctea en aquellos casos en que el mercurio habría de producir muchos males y mejores resultados, tenemos un hecho de alta trascendencia; las concomitancias patológicas: el sífilítico que tiene úlceras específicas en su estómago no solo ostenta el dicho órgano

manifestaciones terciarias sino que entre otras ⁷
visceras el hígado padece la mayor parte de
los casos; no solo se encuentran el hígado y el es-
tomago ^{unidos} por el ornento gástrico de fistula y la pa-
tológica sífilis terciaria la que los estrecha mutua-
mente. La mayor parte de las manifestaciones sí-
filiticas del estomago van acompañadas entre
otras de las lesiones ~~hepáticas~~ y como estas son
más avaradoras nos dice el hígado lo que el
estomago no nos supo decir, la naturaleza
de la enfermedad. Como ejemplo afirmativo
de lo que acabamos de decir tenemos los de Birch-
Hirshel, Weichselbaum. que los citamos anterior-
mente recordamos el de Cornil: se trata de una
mujer de 39 años de edad que habiendo presen-
tado durante los últimos años de su vida anore-

268
xia, vómitos, dolores en el hipogastrio presentaba
después de su muerte, además de una infiltración
gumosa, debajo de la mucosa estomacal, gomas en
el ligado. No solo presentame alteraciones gastro
hepáticas en los sífilíticos terciarios sino que la
comorbididad patológica se extiende a otros více-
ras observándose alteraciones pulmonares de
origen específicos. En el caso citado anteriormente
afirmé que observándose en la parte media de
uno de los pulmones una caverna gumosa que
como sabemos tiene localización predilecta en la
parte media de dicho diferencial esencial de topo-
grafía en relación a la tuberculosis pulmonar
que se encuentra en los vertices.

Observase el hecho de que casi todos los casos
de sífilis redonda de Cruveilhier representa

269

en juvenes doraanemicas mientras que los de úl-
cera sifilitica gástrica lo hace en viejos sifiliti-
cos pues las manifestaciones gástricas de la sifi-
lis son las más tardías; a este se pueden referir las
praves de Mauriac para las localizaciones pul-
monares de la sífilis terciaria.

Bien es verdad que en el sifilitico, de mismo,
puede asentar la úlcera redonda de Cruveillier en-
tonces la dificultad del diagnóstico llega al máxi-
mum; anamnesis con comitancias protologicas
todo puede encontrar en este caso y sin embargo
ulceración es sifilitica en estos casos nada mejor que
asociar el regimen lacteo al tratamiento meru-
rial.

La ulceración sifilitica asienta como hemos dicho
repetidas veces en la pared posterior la recuda de

la estrechez no es pues su consecuencia sin embargo
ya cuando radica en el piloro al cicatrizarse la
estrechez puede ser originada sobre viniendo en su
consecuencia el sintoma de vómitos ditutación
gástrica ~~contractura~~ del músculo recto anterior
(del lado derecho debajo del que ~~se~~ yace la lesión
exageración del movimiento peristáltico que
a veces se percibe colocando a través del vientro
la mano sobre la región epigástrica. No he de
detenerme en el síndrome clínico de la estrechez
pilórica que todos conocemos pues el estudiar
divinamente las afecciones que la sífilis puede
simular al localizarse en el tubo digestivo
sería estudiar las quíloproyeptias por com-
pleto y esto a más de no tener interés en el tra-
bajo le harían interminable y llenaríamos mi-

le de paginar. Lo que he de decir respecto al
motivo de la estrechez sífilítica del pídoro como
de ~~todo~~ estrechez cicatricial que una vez d
tienda la estrechez el de la naturalera no
preocuparos en lo más mínimo siempre que
tengais la seguridad de que ni esa ni esa ni
exfarsa ^{por que} médica en este caso ~~porque~~ ~~hacemos~~ más el
brumoso putativo que el búrri que no haria
nada o haria mucho de perjudicial; en
aquel por que no solo os contentareis en formar
la el diagnóstico "estrechez cancerosa del pídoro"
sino que debeis añadir la extensión relaciones
la existencia o no de adherencias todo lo que le in-
cluyan o le hagan traspasar los límites de lo pe-
rable, pero fuera de estos casos de estrechez y de los de
su aglarnas vecinos que comprimiendo el pídoro

72
destruyen en los demás casos que son loma es decir
que la estrechez fue precedida de un síndrome dolo-
roso que hace suponer fundadamente que es la
cicatriz de una úlcera lo que destruyen el piloro no es
importante que sea sífilítica o que sea péptica por
que han traspasado la línea de demarcación de la
terapia médica y nada conseguireis con el
mercurio; el tratamiento será el mismo mal
quiera que sea la naturaleza la ~~piloro~~ **gastrectomía** o la
gastroenterostomía o lo **Pompe**.

Es un hecho evidente, a mi juicio que las
lesiones gástricas del estómago por experiencias cróni-
cas sufren con tanta rapidez la necrosis que
la conducen a la ulceración, que bajo dicho aspec-
to los vemos siempre evolucionar en la clíni-
ca. Sin embargo ha habido ocasiones en que a
quello resistiendo a la destrucción han adquirido

279
un volumen considerable infiltrando la sub-mu-
cosa y asemejando clínicamente a un neoplasma
gástrico. El carcinoma cual ocurrió en el caso
que publicó Dubuc en la Francia Médica el mes
de Julio del año 1898 "Un hombre de 42 años
adquiere la sífilis en Noviembre de 1880, presentó
chancros múltiples en la rama balano-prepu-
cial se le administró interiormente el licor de Van
Sivieten y dos temporadas en succión bajo la di-
rección de Fournier. En Marzo de 1884 presentó si-
filides tuberculosas en la cara anterior del ante-
brazo derecho. El día 7 de Julio de 1891 es decir 11
después de adquirir la infección observarse en la
región epigástrica en la línea media y por deba-
jo del apéndice xifoides (indicándose en loca-
lización extrapilórica a diferencia del cancer) una

placa dura elevada por las pulsaciones arteriales. ²⁷⁴ Dado los antecedentes tan específicos del enfermo se le sometió al tratamiento obteniéndose favorable resultado. Son raros los casos en que evoluciona el goma sífilítico simulando un carcinoma del estómago y se diferencia entre otros signos 1º en que el asiente por excelencia del neoplasma carcinomatoso es el pila no al que sigue en orden de frecuencia el cancer de la curvadura menor y a este el de la cara anterior siendo el de la posterior el menos frecuente mientras que el goma elige la cara posterior 2º La rápida evolución que conduce a una extrema cachexia al canceroso, ostentada por el color amarillento, prurito intenso, decoloración y sequedad de la piel, demacración general acentuada en la cara que lleva una hinchazón en la frente y en el cuerpo

(275)

que lleva una hinchazón en los tobillos cuando no en otras regiones por la tendencia a la flebitis obstruente; la hipodorhidria e hiper-acidez orgánica en la que domina la presencia del ácido láctico y en el examen del contenido estomacal la existencia de los bacilos de Oppler, largos, filiformes, invisibles, destinados a la formación del ácido láctico los infartos supraducales de la región inguinal son elementos de diagnóstico diferencial entre el tumormente carcinomatoso gástrico y el tumorado sífiloma estomacal.

Anatomía patológicamente lo que se observa en las manifestaciones terciarias del estómago de los sífilíticos es el goma de distintos tamaños y la úlcera de diferentes dimensiones ocasionando unas y otras cuando no paran

276

dos en el espesor de la pared gástrica a la manera de la úlcera de Cruveilhier.

Los engrosamientos de la mucosa gástrica de que Virchow habla de la autopsia de un sífilítico: proliferación indudable de la tímica fibrosa verdadera cróica gástrica, se permite la expresión no se si considerarlos como lesiones crónicas de carácter gástrico específicos, en cuyo caso cae de lleno en el período secundario; o como evolución fibrosa de un neoplasma fibroso infiltrado: me se figura que dependerán de los dos procesos y su evolución ofrecerá de característica que se diferencia del catarro gástrico crónico la misma anorexia, pérdida de elasticidad de dureza estomacal etc.

Para su diagnóstico llevan como lema los dos siguientes formando uno referente al tratamiento

to pmete "natura morborum cutationes ²¹⁷ as ter-
dint,, otro que yo aplico a las concomitancias pato-
lógicas "consensus unus, conspiratio una, et om-
nia constituentia,,

La sífilis terciaria en el intestino

Al observar la frecuencia, tantas veces señalada de las lesiones gástricas y faríngeas, y ver la rareza de las lesiones intestinales de la sífilis, uno fuera porque la patogenia de estas manifestaciones está distanciada ya, de lo microbiano me se ocurriría exclamar "no existe microorganismo mas anaeróbico que el pretendido de Lustgarten.

Ningún órgano en ningún periodo de la infección, es susceptible de librarse de sus manifestaciones, les habrá más o menos refractarias y entre

estos últimos los intestinos lo son bastante. Obsér-
vase ^{embargo} ~~sin~~ alternante frecuencia respecto de la man-
ifestaciones sifilíticas en los diversos tramos del
tubo digestivo y así se observa que son tan-
tes en la cavidad buco-faríngea propiamente
el esófago más lo son en el estómago, menos en
el intestino delgado y los dos primeros tramos
del grueso, para alcanzar relativa frecuencia
en el tercero o recto.

He dicho que las manifestaciones sifilí-
co terciarias son menos frecuentes en el intesti-
no delgado que en el estómago y no rectifico ni re-
sar de las manifestaciones que en contrario
hace algunos autores pero tengase en cuenta que
en algunos de los casos que he visto en de

219
para hacer tal afirmación no se comprueba
de una manera terminante la naturaleza es-
pecífica de la misma; así por ej. el caso de
Merchede de un enfermo en cuya historia pato-
lógica había una intrida representación
disfilitica y que sumó a una pleuropneu-
monía en la autopsia se observaron 54 ulceras
iones de longitud variable entre 1 y 5 cms. si-
tuadas al intestino delgado; en el peritoneo exis-
tencia de nudosidades blancas sobre las porciones
que recubrieron las ulceras y en las partes supe-
riores de los pulmones núcleos de aspecto gelati-
noso; este caso habla más en pro de una tuber-
culosis pulmonar e intestinal asociación tan
frecuente en la clínica que de una sífilis

pneumoperitónica. Nada falta para que sea esta autopsia considerada la de un tuberculoso; ulceraciones múltiples en el intestino delgado al lado de esta participación del peritoneo en el proceso hecho tan frecuente en la tuberculosis intestinal, no falta en este caso la circunstancia concomitante pulmonar con un que no para de ser percibido para mí; las ves pulmonares las encontraron en la parte superior de ambos pulmones región apeteída por el bacilo de Koch mientras que las aminoradas por las lesiones sífilíticas, son las partes medias de los mismos; esto se observa en la clínica; soplo aórtico, gorgoteo, ruido al acarada en una palabra signo caritativo en el

281
vertices de los pulmones del tisis tuberculosas, es
pelo uniforme etc. en la parte media de los
pulmones a nivel del 3^{er} espacio intercos-
tal del tisis sífilítico razones sobrada tenemos
para no considerar este caso como demostrante
de cualquier modo la naturaleza específica de
las lesiones intestinales.

Sin embargo nosotros que abogamos por
la menor frecuencia de dichas lesiones (las del estó-
mago) no decimos que el intestino se halla
del abrigo inmundísimo menos de la infec-
ción sífilítica no tan es así que si considera-
mos las lesiones terciarias poco frecuentes
no decimos lo mismo de las secundarias
eras enteritis aguda febriles y azañetas

2
otras que presenta con no poca frecuencia el sífilis
secundario son de específica naturaleza como son
sus faringitis sus ~~orogitis~~ etc pues en el segundo
periodo la tendencia es a lo hiperemítico entre-
dio positivo; á ese segundo periodo que alguno de-
nominan periodo condilomatoso por la frecuen-
cia de los condilomas anales le llamaremos noso-
tros dándole una denominación más clínica
hiperemico flegmático.

Las alteraciones sífilíticas del
fueron señaladas por Della Croce quien en el tra-
tado XII del libro 5.^o de su "Firugia universale"
decia "Pero lo que es peor cuando el mal franco
se hace inveterado y padecen mucho las visce-
ras es que unas veces afectan los pulmones y
el enfermo se hace tísico; otras, los riñones pro-
duciendo como consecuencia el derrame

Se remen a el mal de piedra y otras los intestinos eva-
cuandore continuamente las materias fecales "pero
antes q. el, Leonardus Botallus nos da ya a en-
tender, no solo su existencia, sino su
frecuencia en el recto, cosa q. la clinica
ha sancionado ulteriormente, con aquella
palabras "Si vero ad rectum irruerint tu-
mores dysentericum faciunt"... "si los humo-
res q. invaden el intestino recto causan
Dysenteria"... Alexander Petronius en el
capítulo 16 del libro 4.^o de su tratado "De
morbo gallico" habla de la ingrata y se-
manado moterta evacuacioni por la
boca, de la dificultad de alimentarse
de la diarrea y Dysenteria" Antonio

Chalmers abunda en las mismas ideas; pero estos autores como Benedictus Victorius, Guillelmus Mondesletius &^{ca} nos indican la diarrea, la disenteria; como decian ellos del individuo lúctico y esto para nosotros no tiene alto interés desde el momento q/ aun suponiendo la naturaleza específica de tales trastornos funcionales podian obedecer a enteritis q/ caen de lleno en el período hiperémico flegmático de la infección del q/ no hemos de ocuparnos.

Las autopsias eran las encargadas de poner de relieve las lesiones terciarias en el intestino de los sífilíticos.

285

y así Cullerier y Pillon, refieren el caso de una mujer q. habiendo llegado el noveno mes de su embarazo, sufre a consecuencia de incoercibles diarreas, encontrándose en el intestino grueso gran número de ulceraciones rebordeadas en diversos estados de evolución; las más recientes y de amplia base indurada, las otras antiguas presentaban un fondo de tejidos degenerados y de color lúido o amarillizo; esta mujer, había tenido sífilis con pericistosis y úlceras en el paladar, cita el caso de una joven de 18 años q. después de algún tiempo de adquirida la sífilis y de presentar diversas manifesta-

ciones de esta infección fue afectada. Se vomitaba. Siarreas incoercibles aumentando en la hec-tiquería. En la autopsia se encontró una úlcera al final del ileon, otra en el ciego, y tres en el colon, ulceraciones todas de naturaleza específica según afirman Harlt, Eugenio Kahrhallo en el cadáver de una mujer de 33 años ulceraciones sífilíticas en el ileon y enterosis sífilítica del recto.

Lanceraux afirma haber observado vestigio de una infiltración gomosa resorbida y q^d había reducido a dos, las cuatro capas de la pared del intestino en un cierto trecho.

La existencia de las lesiones sífilíticas.

287

cas del tercer periodo en las paredes del intestino
esta pues, perfectamente, demostrada; pero esas
lesiones nada de particular presentan ni
anatomopatologica ni clinicamente; ba-
jo el primer punto de vista nada se
encontraria q. no lo hallamos estudiado
en la sífilis terciaria de los anteriores órga-
nos digestivos; bajo el segundo nada halla-
remos q. no se encuentre en las
aquellas las enlaza con las lesiones ter-
ciarias en general ésta los une con ca-
si todas las enfermedades de los intestinos.

Gomas, úlceras, exele-
rosis, con sus secrelas, perforaciones, hemo-
rragias y estrecheces encontraremos en el

intestino del sífilítico; a ellas hay q. añadir una lesión más, la degeneración amiloidéa de la mucosa intestinal q. se observa en el período extremo de la infección. Clínicamente puede simular casi todas las enteropatías. (Charcot decía del histerismo que era la "gran simuladora" yo transporto aquí estas palabras para la sífilis ~~localizada~~ en el tubo digestivo. Describir clínicamente las enteropatías sífilíticas sería describir las enteropatías en general, puesto que aquellas no ostentan otra diferencia la mayoría de las veces que la causa, y esta en sí, es desconocida en la sífilis, como ignota que la terapéutica está perdiendo a voz en grito y la clínica recula

mando con ansia.

289

Las lesiones sífilíticas del intestino representan con más frecuencia en el grueso que en el delgado: observense la mayoría de las necrosis hechas en el sífilítico que padecian de su intestino y veremos corroborada tal afirmación. Hacemos abstracción en este momento de la sífilis rectal, que es desde luego, la más frecuente de todas las intestinales, pero aparte de este es el intestino grueso el más castigado en la sífilis, le ocurre lo mismo que con la disenteria; ¿cómo vislumbraron los antiguos la topografía terciaria-intestinal!

Al igual que en el estómago acaece, en

cede en el intestino en donde el sífiloma presenta rápida evolución y termina por la ulceración y como tal evoluciona y por eso son pocas las veces que las lesiones del intestino de naturaleza sífilítica se confunden con el cáncer y mas las que simulan ulceraciones tuberculosas. La prueba de que el sífiloma no ulcerado existe clínicamente contadísimas veces, es que se cita como observación notable la de San venzi que comprobó en una autopsia el sífiloma en período de tal.

Si no siempre es fácil en la clínica diagnosticar el proceso ulceroso en si; la dificultad sube de punto cuando hay que

añadirle el apellido, y si un detenido análisis de los síntomas comunes a las úlceras intestinales pero específicos ya que la en granos de sagio como afirmaban los antiguos clínicos, no es suficiente para afirmar la existencia del proceso ulceroso, ni la diarrea de ning como decimos los modernos, ni la presencia de sangre y pus ~~es~~ suficiente, ni el síndrome dolor y únicamente cuando la diarrea, la enterelgia y la enteromagia tengan determinados caracteres, podemos afirmar la existencia de un proceso ulceroso del intestino y p

asignarle la naturaleza, auscultaremos los
vértices, analizaremos los esputos, y los he-
ces y las orinas con lo que seguramente
sabremos si es de naturaleza tuberculosa;
observaremos si hay fiebre y si esta
ta sus oscilaciones ascendentes, estaciona-
rias y descendentes, si la diarrea es de color
amarillo-ocre, si el enfermo tiene en su
vientre la roseola que los sífilíticos tie-
nen en la espalda, si existe gorgoteo
en la fosa iliaca derecha y reacción aglu-
tinante de Vidal, cosas todas que nos dicen
que es tífica, veremos si hay fexijos, tenes-
mo rectal, evacuaciones típicas que ya

me parece indigno: en otro diagnóstico diferencial y sabremos si es disenteria: nos fijaremos si existen alternativas de diarrea y de estreñimiento, infartos supra-claviculares, inguinales, disminución del equivalente hemático, indicamuria, caquexia extremada, tumor G.^a para saber si es cancerosa: interrogaremos al enfermo a ver si en sus anamnesis figura la sífilis o tiene cicatrices, en su velo palatino o en su pili, de naturaleza específica o alguna de estas lesiones en otro punto de la economía y sospecharemos la naturaleza sífilítica de su afección in-

testinal.

Todas las lesiones que pueden asentar en el intestino del sífilítico terciario, son susceptibles de ocasionar la estrechez: los gomas, porq^{ue} al adquirir un volumen demasiado grande comprimen las paredes en donde se desarrollan, las úlceras porq^{ue} al cicatrizar firman la pared del tubo intestinal disminuyendo su calibre, cuando no, a' más, hacen prominencia en su interior; las esclerosis porq^{ue} con su hipertrofica dureza le obstruyen y he aquí como los tres tipos de estrechez de q^{ue} nos habla Leichsenstern pueden ser ocasionados por la sífilis; la estre-

chez cicatricial puede ser ocasionada por la úlcera al evolucionar, la neoplásica ocasionada por el goma y la constrictiva determinada por esclerosis, que para mí, es mas constrictiva que las ocasionadas por peritonitis crónica que son las que forman el tercer grupo de la clasificación del citado autor.

Al ocasionarse la estrechez se presenta el síndrome de lo que Masson denominó genéricamente oclusión intestinal. El dolor, el meteorismo, por encima del punto estrechado, que distendiéndose sólo el intestino delgado en el caso de que al final de este se halle la estrechez, dando al vientre del enfermo el aspecto del batracio, como el que

ostentan los ascíticos, ó distendiendo el abdomen en general debajo de cuya pared se dibujan las circunvoluciones intestinales, la supresión de la salida de gases y excrementos por el ano y que detenidos en la dilatación que hay encima de la estrechez forman una tumorción pastosa y alargada, acompañada cuando la estrechez se acentúa de vómitos alimenticios primero, biliosos después, fecaloideos mas tarde y porraceos cuando el peritoneo toma parte en el proceso, á cuyo cuadro acompaña la prostración, el abatimiento, la pérdida de fuerzas, la hipotermia, bostezo sintomático que presentan

dose con lentitud y aternación de los síntomas nos indica la oclusión intestinal de forma ~~estercoracea~~, cuya acentuación por si sola basta para diferenciarla de esas ~~oclusiones~~ de marcha agudísima y terminación funesta como la estrangulación por bridas peritoneales ó por el anillo de Winslow ó el divertículo Meckel, las invaginaciones ~~ileocecales~~ tan frecuentes en los niños y en las que en vez de astricción se observan cámaras sanguinolentas, las flegmías, recodos y torsiones intestinales en los que el dolor, el colapso, la induración y el peritonismo llegan al máximo, teniendo toda una filéjade de oclusiones de marcha

lenta entre las que se hallan las ocasionadas por atasco fecal en cuyos casos el estreñimiento ya habitual, la edad avanzada existiendo evacuaciones fecales intermitentes y un tumor pastoso en la fosa ilíaca izquierda, nos sirve para su diferencia. La producida por enterolitos que se presenta en los neurasténicos que padecen esas formas de enteritis mucoso-membranosa, las ocasionadas por neoplasmas próximos en cuyo caso la palpación rectal, vaginal y abdominal nos sacarán de duda. Cuando el individuo en quien la anamnesis nos da a conocer la positiva influencia de la sífilis, osten-

ta una oclusión intestinal crónica y que ha sido precedida por un cuadro sintomático de *ulcus intestinalis* hay motivos para sospechar la existencia de estrechez sífilítica del intestino; máxime si esta tiene lugar en el intestino grueso y está auxiliada por las concomitancias patológicas tan frecuentes en estos periodos avanzados de la sífilis, tan temidas por los enfermos y tan aplaudidas por los médicos que á ellas deben el poder hacer el diagnóstico de estas insidiosas manifestaciones del terciarismo sífilítico. ; Cuantas veces la aparición de un goma, de un testículo sífilítico obliganos

a' emplear el tratamiento específico curando a' la par que estas lesiones los accidentes intestinales que pronen al enfermo a' las puertas del sepulcro!

En los periodos avanzados de la infección no es raro ~~ver~~ los vasos que flegmosa y abundantemente se distribuyen por las paredes del intestino ^{infiltrados} por masas claras, brillantes, vitreas que se colocan de pardo intenso en presencia del yodo y de azul violeta por la ulterior adición del ácido nítrico fosfórico o' cloruro de zinc, masas vitreas q.^{ue} infiltrando a' la túnica media de los vasos los abulta y da a' la superficie

301
intestinal una palidez y una tumefacción
edematosa especial materia q^{ue} en esencia es
quizá un cuerpo proteico, e' infiltración
que se denomina degeneración amiloí-
dea: esta se observa en los casos de sífilis
inveterada: la diarrea y la enterorragia
a' la que acompaña la caguepía, la
hidropesía y la amiloidosis en otras
visceras en el bazo principalmente,
que ofrece el aspecto de bazo hardáceo
o' de bazo feculento en el hígado, y en
los riñones en esta triple amiloidosis
visceral frecuentemente asociada en

(302)

la clínica se basa el diagnóstico de la degeneración amiloidea del intestino, que sobreviene en esos periodos avanzados de la sífilis en q^{da} el médico no duda en aclarar todo, lo que de anormales acaece en el enfermo a su inveterada sífilis.

Los extremos terminales del aparato digestivo, decíamos, son mas castigados por la infección sífilítica en cualquiera de sus tres periodos y así nos lo atestigua la frecuencia del chancro labial y anal de las úlceras mucosas y de los condilomas de los gomas palatinos y de las estre-

chees rectales. Pero observase q^h hasta aquí la sífilis en su localización en el aparato digestivo ostentaba sus barreras de limitación anatómica pues la frecuencia de su presentación desaparece cuando lo hace la faringe para hacerse esófago, a nivel cartilago cricoides. Es acaeciéndose lo mismo en el tubo intestinal pues apenas es caído por la infección y únicamente la porción mas periférica, la mas extrema es hostigada por ella. Que la sífilis contra en su primer periodo lo extremos terminales del aparato digestivo, se comprende; la manifestación se presenta

allí donde se localiza el virus y este se deposita en los puntos más accesibles; pero q. las manifestaciones terciarias retraten fielmente dicha asentencia es lo verdaderamente digno de llamar la atención. Si estas manifestaciones tuvieron por manifestación de frecuencia en dicho sitio solo en los casos en q. el individuo se infectó por su aparato digestivo, cabría decir, la manifestación primaria en los extremos terminales, colocó a estos en condiciones de especial

apetencia para las ulteriores manifestaciones secundarias y terciarias; sucede q' aun en los casos en q' la primera manifestación tuvo su asiento en aparato pituit., aun entonces, los extremos terminales muy castigados por las manifestaciones terciarias.

Decimos a' los extremos terminales del aparato quiropsométrico con un especial apetencia para la sífilis o a' esta con un particular predilección por aquellos en cuya predilección no deja de verse una

filantrópica y sabia disposición de la naturaleza, pues colocando las en aquellos puntos en q. pueden sencillamente iluminarse, nos hacen saber quienes son los individuos q. han de beneficiarse de la terapia mercurial y tan es así q. ante cualquier afección orofaríngea o estomacal aunq. fuera de naturaleza sifilítica en todo se premia a todo se achaca menos a la sífilis al contrario de lo q. ocurre en la cavidad bucal o en el recto pues la mayoría de las

307

esto matopráticas o rectopráticas no hacen
pensar en otra cosa q. en la sífilis.

¿ Como padece el recto en el
tercer periodo de la sífilis? como vi-
gano q. se halla bajo el dominio de
lo sífilítico. terciario dando asiento a
sífilomas y ulceraciones y como vi-
gano tubular reaccionando meca-
nicamente a todo lo q. ataca su
integridad, estrechándose; pero de la
misma manera q. las lesiones ter-
ciarias tienen predilección por al-
gunos órganos, estos la presentan
por alguna de aquellas y el
recto la presenta por el sífiloma

escleroso.

Es frecuente el sífiloma gomoso en el intestino recto y nos extraña q. ~~lancera~~ en su tratado de sífilis, no señale ningún caso y únicamente considere la posibilidad de su presentación por comprender q. no hay órgano immune, pero ulteriormente en las estadísticas figuran casos terminantes de la existencia del tumor gomoso en la extremidad terminal del aparato digestivo y así Barensporing refiere ~~los~~ casos. Avery mro. Hiebel, Hale,

Bkls, y Hemerius otros varios. El
 del recto como el de todo el resto
 intestinal experimenta con prontitud
 la ulceración, úlcera q. por condiciones
 especiales de región se infiltra con prontitud
 y el tenesmo, la presencia de pus
 en las heces, la ^{evacuación} ~~evacuación~~ involuntaria
 las mismas cuando el goma invade el
 esfínter, los dolores en el momento de la
 defecación por las perturbaciones funcio-
 nales q. acompañan a la úlcera
 del intestino recto q. ostenta
 los mismos caracteres q. la localizada
 en cualquier otra región y cuya

descripción y diagnóstico diferencial será reminiscencia de lo dicho á propósito de la úlcera gomosa.

Pero lo que domina de una manera decisiva la patología sífilítico-rectal es la estrechez de este órgano y tan unidas van en la mente del patólogo las ideas de sífilis y estrechez rectal como abrazadas las de perforación palatina y gomas la misma región.

En los antecedentes de los enfermos con estrechez rectal figura la infección sífilítica, dijo inclínico, y apenas lanzadas estas pala-

bras, toda una pleiade de patólogos se dedican, con el ahínco q.^o los alquimistas a buscar la piedra filosofal, a buscar estrecho y duro lazo de la afección que endurecía y estrechaba el recto. Y algunos de ellos entre los q.^o se encontraban Morgagni, Langier, Desault, Vidal de Cassis, Lancereux, Desjardins, L.^o achacando todo lo que pasa en el recto del sífilítico a las manifestaciones primarias y secundarias consideran la estrechez del recto como una complicación del chanero anal y la blenorragia se reparten

312
las llamadas estrecheces sifilíticas, y que
mas bien, segun esa manera de pen-
sar, se deberian llamar venéreas. Pero al-
gunos como Lanceraup, que claman en
contra de la estrechez sifilítica conside-
rada como accidente constitucional,
no se desdennan, a renglon seguido, en
describir la estrechez como constitui-
da por la presencia de un anillo du-
ro, grueso, que apenas deja pasar el
índice y que se halla constituido
por la transformacion fibrosa de la mu-
cosa y del tejido sub mucoso "ahora bien

313

¿ es posible que ni el chanero, ni ningún accidente secundario ocasionase ese anillo duro, fibroso, grueso que oprimiendo el ^{recto} ~~grueso~~ ocasione la estrechez? "

Con mas conocimiento del asunto, Gosselin que abogaba en favor de la estrechez precoz del recto, pues así puede denominarse la que se considera tributaria de lecciones primarias y secundarias, la explicaba considerándola como una especie de queloide sub-mucoso intra-rectal, debido a una tumefacción fibrosa, a una verdadera rectitis plás-

tica íntimamente ligada a' la evolución del chanero anal.

Pero no observaron los antes citados clínicos que la estrechez del recto aunque si se presentaba en sujetos evidentemente sífilíticos lo hacía en época avanzadísima de la infección, en aquella época en que todo se escapa ya de lo secundario, a' los 8, 10, 15 y 20 años de sífilizarse. Fijarse en este hecho positivo y la opinión patrocinada por Després, Lancereaux & caen por su base. Quizá en esto se fijaron Brelat y Delamp

pues en el "Diccionario enciclopédico de ciencias médicas" dijeron que la estrechez sífilítica del recto es un accidente constitucional de la sífilis, es decir, un episodio de lo sífilítico, antiguo. Posteriormente uno, Fourmier, llegó a decir en el año 1875, que la estrechez sífilítica del recto es originada por la transformación fibrosa de una porción de la pared rectal, por la infiltración de la misma por las células embrionarias que constituyen el sífiloma ano-rectal. Muy arraigadas debían estar las

opiniones de Dessault, Langier, Lancereaux
C^a, pues cuando Fournier formuló su opi-
nion le presentaron dos objeciones, esfuer-
zos inauditos que cayeron bajo el coloso
y aplastante peso de la verdad escueta
de la ciencia. He aqui las dos objecio-
nes: 1^a la transformacion del neoplas-
ma sifilome ano-rectal de que nos ha-
bla Fournier es rara en la sífilis; á esta
objeccion vale mas no contestarla, porq^e
la única contestacion que cabe es decir
que los que tal afirman desconocen en
absoluto la patogenia de las lesiones

317

sifilítico-terciarias; 2.^a el tratamiento específico no ejerce acción alguna sobre la lesión: ahora bien, estamos cansados de repetir que en todos los sífilomas esclerosos, en todas las esclerosis terciarias el resultado del tratamiento es nulo que son lesiones que han traspasado la frontera de la terapéutica hidrargílica ¿no veíamos, refiriéndonos al epófago, a la sífilis reclamar el bisturí? pues igual acontece en el recto.

Para nosotros ha sido perder un tiempo precioso el sostener semejantes

tes diatribas, pues nada más natural
prestar, dados los conocimientos acerca de
la manera de ser de las lesiones sífilíti-
co-terciarias, que el sífiloma escleroso asen-
tado en las paredes rectales había de
endurecer y estrechar su calibre, de la mis-
ma manera que en el epófago, en el
intestino, y con esto contestamos a la
pregunta de Pierre Delbet: ¿Existe, dice
dicho autor, algún órgano en el que se
encuentren lesiones verdaderamente sí-
filíticas que sean comparables a las que
producen la estrechez del recto? Para

el todas las estrecheces de la laringe, epófago, &^a son estrecheces cicatriciales consecutivas y esto lo aplica al recto cuando la estrechez cilíndrica, típica del recto, apenas puede ser ocasionada por otra lesión que por el sífiloma escleroso.

Pero después de tan diversos modos de opinar, aclaremos de una vez la genesi de la estrechez del recto en los sífilíticos. El recto puede estrecharse en los tres períodos de la sífilis, no están, pues, según esta afirmación desprovistas de fundamento las opiniones de Després,

Lanceraup, Morgagni, &c.^a cuando afirmaban que la estrechez del recto era una complicación del chancro rectal, y sin embargo, son erróneas, pero es que dichos autores achacan todas las estrecheces del recto en los sífilíticos a las lesiones primarias y secundarias, cuando la mayoría son terciarias. El chancro intra-rectal puede estrechar el recto bien él por sí, cosa rara, bien por la eczematosis concomitante, las placas mucosas, las lesiones secundarias, en una palabra, ulcerándose y cicatrizándose pueden ocasionar disminución del calibre rectal los gomas

ulcerados por el mismo mecanismo pueden obstruir la luz del tubo, pero la estrechez mas frecuente del recto en los sifiliticos es la ocasionada por la esclerosis de sus paredes, por el sifiloma ano-rectal. En otros terminos: el sifiloma escleroso es la lesión terciaria de la sífilis mas frecuente en el recto y la estrechez su mas inevitable secuela.

Pero hay más; los tres tipos de estrechez rectal que ha señalado algun autor con los nombres de estrechez muscular, estrechez cicatricial y estrechez inflamato-

ria se presentan en el recto del sífilítico terciario: la 1.^a por los gomas q.^{ue} destruyendo la mucosa desnudan y dejan al descubierto la túnica muscular que puede hincharse ó hipertrofiarse no teniendo inconveniente en denominar á esta estrechez de tejido muscular, no todas las estrecheces musculares, pues son debidas á la existencia de los esfínteres superiores de D'Beirn y Nélaton como suponían Herneril y Panas. La 2.^a por las úlceras gomosas y las ulceraciones terciarias no gomosas que al cicatrizar se forman pro-

minencia en el interior del recto disminuyendo su calibre. Las terceras por el sífiloma ano-rectal que puede y casi siempre se ve en sus comienzos precedido por un proceso de inflamación crónica.

Pero la estrechez mas frecuente en el recto del sífilítico-terciario es la ocasionada por el sífiloma escleroso, y esta mucho mas frecuente en la mujer, cosa que ha llamado la atención de los sífilígrafos y está comprobado por sus nutridas estadísticas. Después seña-
la la proporción de 1 hombre por 3 mu-

jéres, Sodebert la de 5 por 40, Barduzzi la de 0 por 3, el término medio de estas tres estadísticas es la de 14 hombres por 100 mujeres.

Aludiendo Tullien a la causa de la estrechez sífilítica en la mujer, pregunta ¿si es debida á que ésta esté sometida á las relaciones contra natura con mayor frecuencia ó á la disposición anatómica que facilita la extensión de los accidentes de la vulva al ano ó vagina esto solo nos explica la frecuencia de las estrecheces

nefilíticas primarias y secundarias, pero no
 seguramente la de las terciarias. Estas
 asientan en la unión de la ampolla rec-
 tal con la porción inferior del intes-
 tino a' 4 centímetros por encima del
 ano es una estrechez inferior, carác-
 ter g.^a la diferencia notablemente de
 la estrechez cancerosa que es superior
 hasta el extremo de que ésta asienta
 en la unión de la extremidad infe-
 rior de la Siliaca con la superior del
 recto. Esta estrechez es anular y ci-
 lindríca; esto último es uno de los

principales caracteres: al tacto de la sensación de un canuto de cuero que nos oprime el dedo, estrechez ligeramente cómica cuya base mira hacia la parte inferior y la altura varia de 2 a 8 centímetros. Por encima de ella la dilatación que precede a toda estrechez, no es raro hallar una ulceración de contornos festoneados acerca del orificio. Bosselin llamó primeramente la atención y cuya ulceración no es ajena a la producción del pus que envuelve a las heces aun en aquellos casos de estrechez cilíndrica que constituyen la más típica y

frecuente en los sífilíticos. La mucosa ³²⁷ que recubre el sitio de la estrechez se encuentra granulenta cubierta de pequeñas y ásperas eminencias que dan la sensación de la piel de chagrin. La mayoría de las veces existen estas vejétaciones, y tan es así, que Gillard tiene inexistencia como un signo patognómico de la naturaleza sífilítica de la estrechez; a estas vejétaciones es a lo que Hanmann denominaba rectitis proliferante. Por el contrario las vejétaciones voluminosas, duras que existen en ocasiones

328

acompañando a' las estrecheces del recto son dilatadoras de una rectitis proliferante de lo que Reclus denominaba ~~moluscos~~ fibroso de la region ano-rectal.

Por encima de la estrechez, la ulceración que a' veces existe hallase sostenida por el estancamiento de las heces que se detienen en la dilatación, ulcerándose la mucosa y estableciéndose trayectos fistulosos q.^{ue} abriéndose en distintos puntos de las propimi-

329
dades rectales constituyen otros episo-
dios ~~de~~ ~~anatomico~~ - patológicos de la es-
trechez sífilítica del recto.

Situación inferior, dureza, altura
de 2 a 4 centímetros, convexidad en la
forma, lentitud en el desarrollo, aspec-
to rugoso de la mucosa q. la embre, ex-
ulceración por encima de la estre-
chez, he aquí los caracteres anato-
mo - patológicos de la estrechez sí-
filitica del recto.

Pero aunque el sífiloma escleroso

sea el principal mecanismo patogénico de la estrechez sífilítica del recto no es el úlcero: las ulceraciones terciarias al cicatrizar se originan aquella variedad de estrechez llamada cicatricial, y así como la anterior ofrece como importantísimo carácter el ser anular, pues la esclerosis tiene lugar por igual en todos los puntos de una altura determinada del recto, en este como la ulceración no alcanza a toda la circunferencia rectal afecta la forma semi-anular, es una brida cicatricial, es un repliegue, es una válvula

(331)

semilunar detrás de la g.^a se halla la hipertrófia compensadora y delante la aplasia rectal.

Decía no hace mucho tiempo que existe una forma de estrechez en el recto de los sífilíticos para la g.^a por razón de su anatomía patológica proponíamos denominar estrechez muscular; es sumamente rara; la lesión consiste en la hiperplasia de la túnica muscular del recto, puesto al descubierto por las lesiones gomosas que han desprendido la mucosa rectal.

¿Cómo evoluciona clínicamente la estrechez sífilítica del recto? Fournier señalaba tres periodos en su evolución: de latencia, de trastornos locales y de trastornos generales; pero nosotros no estamos conformes con esta clasificación desde el momento que si el primer periodo es latente, no es en realidad primer periodo clínicamente hablando, pues lo oculto, lo latente no ostenta ref. clínica.

Remiendo en cuenta que la estrechez sífilítica del recto es la mas frecuente,

la que es originada por el sífiloma escleroso va precedida de un catarro crónico, de que ha de ostentar manifestación clínica, yo admito dos períodos en la evolución clínica del sífiloma ano-rectal: 1^{er} período o de rectitis; 2^o o de estrechez.

En el primer período, los dolores sordos, el teneismo y el flujo de materias glerosas constituyen la trilogía sintomática, pero constituida la estrechez empieza toda una odisea de episodios patológicos.

El enfermo que siente con harta frecuencia la necesidad de defecar no pue-

de satisfacer sus deseos: he aquí la astringencia del estenósico rectal que se diferencia notablemente de la astringencia que no va acompañada de lesión en el recto: en esta, se encuentra dicho órgano repleto de materias fecales, pueden salir al exterior, pero el enfermo no siente la necesidad de su expulsión, falta el estímulo: se pasan ocho o diez días sin depositar en aquel, en el estenósico, apenas hay una mínima cantidad de materias fecales, y sin haberlas, la necesidad de depositar se impone; la siente ocho o

diez veces durante el día, pero no puede satisfacerla; y si lo hace después de muchos dolores con irradiaciones numerosas, expulsa una pequeña cantidad de materias excrementicias duras y aplastadas, y son duras porque retinidas durante cierto tiempo por detrás de la estrechez han perdido por absorción el agua, y aplastadas por la presión que sufren al atravesar el punto estrechado.

El acto de la defecación es para el individuo con estreches del recto un verdadero punto de los montes: adoptando mil y variadas posiciones, con los pulmones repletos y la glotis herméticamente cerrada intentando con ellas oficiar de embolo propulsor de las heces detenidas por detrás de la estrechez.

Sucede, sobre todo al principio de la afecion, despues de dos o tres dias de astricion, una deposicion abundantisima; una verdadera debacle diamétrica que viene a terminar por el momento aquel cuadro de occlusion temporal que puede convertirse en permanente cuando

do la estrechez es intensa yendo acompañada de todo el cuadro clínico de la oclusión intestinal.

Los esfuerzos que el enfermo practica para defecar no dan á veces más resultado que la expulsión por el recto de una cantidad mayor ó menor de ~~ex~~ pus.

El suprimiento que agobia al paciente al ver lo tenaz y lo doloroso y lo inmutable de su afección, es innemó, la liposondria y hasta el suicidio pueden poner fin. bruscó á la existencia, cuando no lo pone tan bruscamente una peritonitis ocasionada por la perforación.

ción rectal en el momento del esfuerzo de la defecación ó en el instante de una maniobra exploratoria.

Pero no acaban aquí los padecimientos en el individuo de recto estrechado, las fistulas que asientan por encima de la estrechez y que van á parar á los órganos vecinos, perine, vejiga y vagina, convierten á aquellas regiones en inmundas cloacas donde se uierte el purulento detritus que absorbido por el organismo origina las tan temibles septicemias que dan al fin y á la postre cuenta del sífilis como sí la pelvi-peritonitis ó la sífilis por sí, que á

339
tod grado llegó, no fueran lo suficiente para
acabar con su accidentada vida.

Suprimid el periodo de la rectitis crónica, anteponed al de la estrechez el de una
úlcera rectal y tendreis la descripción clínica
de la estrechez cicatricial de origen sífilítico.

Decíamos que tan asociadas van en la mente
del patólogo las ideas de sífilis, estrechez rectal y
sexo femenino que toda estrechez del recto en la
mujer hace sospechar la idea de la sífilis sin
embargo existe todo un grupo de estrechez rectales
no sífilíticas, la mayoría consecutivas de
rectitis ulcerosas que inician su precedente evo-

340

lución, ni por sus caracteres pueden confundirse con las estrecheces inflamatorias del recto y únicamente con las consecutivas a ulceraciones terciarias, pero aquellos rectitis ulcerosos que *o* son disentericas *o* traumáticas propio de estos tres procesos patológicos.

La cicatriz consecutiva a una ulceración sífilítica pueden originar un repliegue semilunar, que se inserte a la manera de una brida sobre la superficie de la mucosa y no debe confundirse con la estrechez valvular congénita aunque tengan ambas una análoga disposición anatómica y una idéntica localización topográfica porque la una ha sido precedida de

una fase ulcerosa y de un grupo no pequeño de accidentes sífilíticos: mientras que en la otra ostenta el congenitismo como elemento de diferencial diagnóstico, no despreciable.

Caracteres análogos a la estrechez valvular ostenta la llamada estrechez parcial consistente en una brida mucosa sita en la semi-circunferencia posterior del intestino recto, pero es tanto más análoga a aquella que según el autor que la patología es lógico imponerla debida a una dispoición del período embrionario, así es que transcribimos aquí los renglones anteriores para su diagnóstico diferencial.

Hay, empero, una forma de estrechez rectal

que debe tener presente el clínico ante todo ⁽³⁴²⁾ en
frente de recto estrecho, me refiero a la estrechez can-
cerosa; pero esta es mas mucho mas frecuente en
el hombre que en la mujer antejada caracter de la
estrechez sifilitica; En el individuo que tiene un can-
cer rectal domina el proceso general (caquexia
10^a) sobre la manifestacion local esto es indis-
cutable tan es asi que la estrechez no se presenta
en todos los enfermos de cancer rectal, mientras
que en el sifilitico lo que domina es el acciden-
te local: el uno es un canceroso el otro un esteno-
sico.

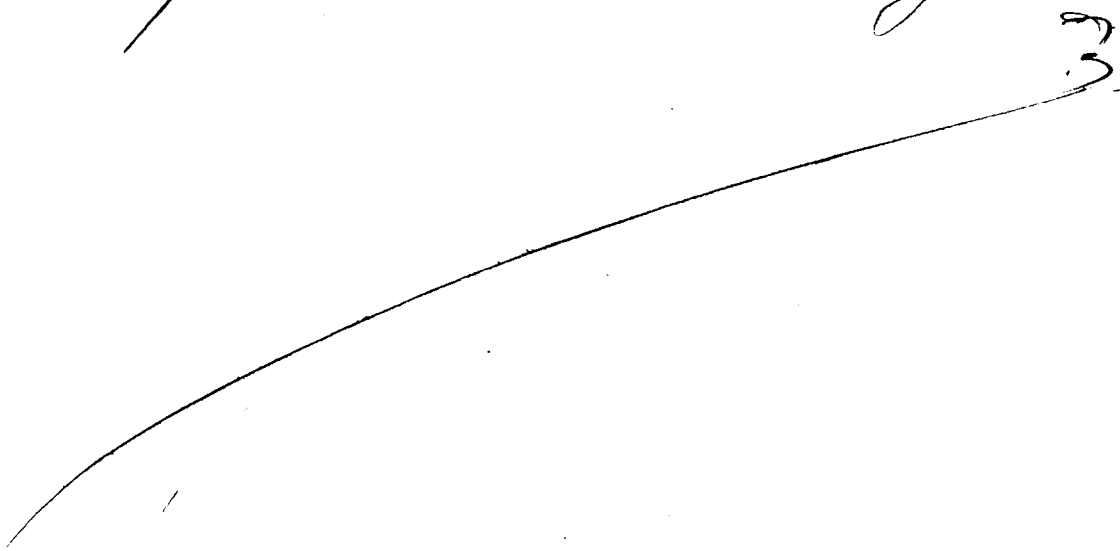
La estrechez cancerosa radica en el es-
tremo superior del recto, la sifilitica

en el inferior, la una ostenta en su mucosa vegetaciones irregulares, sangrantes, la otra vegetaciones pequeñas y secas, la estrechez cancerosa es anular, la sífilítica es tubular, en aquella adenopática, disminución del equivalente temático, flebitis obliterante, metástasis generalización múltiple a veces en aquella sífilis por todos lados.

Si a todos los caracteres antecitados que abogan en pro' de una estrechez sífilítica del recto ~~urris~~ la concomitancia patológica o una historia salpicada

da de episodios sífilíticos no dudareis en afirmar que la naturaleza del proceso que estrecha el recto y endurece sus paredes, impidiendo arrojar al exterior el detritus excrementicio, es la misma que la de la lesión que endureciendo el velo palatino opone insuperable obstáculo a la introducción de las sustancias alimenticias, es igual a la de aquella que endureciendo los cordones medulares impide el tránsito por los nervios periféricos de los musculares mandatos de sus volitivas neuronas, idéntica a la de

aquella que endureciendo sus paredes arteriales
dificultan el paso del nutritivo líquido por
el acanalado sistema, endurecimiento que
hasta en el orden psíquico se extiende,
como nos lo clama a' voz en grito la
pseudo enfermedad de Baillarger.



Conclusiones.

1^a El hombre adquiere la sífilis en primer término, por su aparato genital, en segundo término por su aparato digestivo.

2^a El aparato digestivo es, a no dudar, el mas castigado por la infección sífilítica, pues lo es bastante en el primero y mucho en los dos últimos períodos.

3^a La manifestación inicial de la sífilis apetece, para localizarse en dicho aparato, los extremos terminales; de aquí que lo hallamos con tanta fre-

347
frecuencia en los labios, amígdala, recto
y no le encontramos en el esófago, es-
tomago e intestinos.

4.º Los chancros bucales son los más fre-
cuentes de los extragenitales y dentro de
estos los labiales "después de los labios geni-
tales son los bucales los más frecuente-
mente atacados por la manifestación
inicial de la sífilis."

5.º Bajo el punto de vista de su evolu-
ción clínica, dividiremos los chancros
bucales en dos grupos: chancros de
evolución ordinaria y q. aumentan
en los labios, lengua, amígdala, en-
camillos y chancros de evolución

febril y dolorosa y q. se orientan ³⁴⁸exclusiva-
mente en la Amígdala.

6.º Los chancros bucales ostentan el siguiente orden de frecuencia, labios, amígdala, lengua, encías, paladar, velo del paladar, carrillos.

7.º Bajo el punto de vista anatómico-patológico los chancros labiales ofrecen los siguientes aspectos; ulceroso, esclerioso, papuloso, costroso, maculoso, pustuloso, aspectos q. se encierran en dos; ulceroso con sus variedades pustuloso y costroso y esclerioso con sus otras dos, maculoso y papuloso.

8.º Después de los chancros labiales,

los más frecuentes de la cavidad buco-faríngea son los amigdalinos. ³⁴⁹ y a veces ostentan una evolución anginosa. Signa e importante de conocer para su diagnóstico diferencial.

9º El chancro amigdalino reúne los siguientes aspectos; ulceroso difteroides y gangrenoso. A estas hay q. añadir forma de chancro torcido en los q. la ulceración es lo de menos y la reacción inflamatoria es lo de más, tanto q. para ella proponemos la denominación de amigdalitis chancrea. En la fisiología de la amígdala, encontraremos el prog. de la existencia

clínica de la amigdalitis chancrosa. (380)

10^a Todas estas variedades anatómo-patológicas de chancros tonsilares, evolucionan clínicamente o insidiosamente o agudamente o febril dolorosa y pútricamente, evolucionando y llamamos anginosa.

11^a El diagnóstico diferencial de los chancros tonsilares de la primera variedad no ofrecen dificultades alguna; para el de los de la segunda tendremos en cuenta la tríada sintomática de unilateralidad, dureza y adenopatía y para la variedad amigdalitis chancrosa, la falta de ulceración y la gran reacción inflamatoria.

12.^a "Codo virus necesita una puerta se entraba para producir la infección" parodiando este axioma de etiología infectiva, el virus aparece para invadir el aparato digestivo, las dos puertas se entraba, ubicada en polos opuestos: de aquí se vea más la manifestación sifilítica inicial asentar con frecuencia en el recto.

13.^a El chancro sifilítico anal, más frecuente en el sexo femenino asienta en los extremos terminales de la línea media por condiciones espaciales. Se además de revestir los aspectos propios de todo chancro sifilítico puede aparecer otros más, y en atención a su aspecto denominamos exematiforme, lepetiforme, y chancro en rodete de libro de Thorel. Las dos primeras variedades nos las explicamos por las condiciones patológicas de la región: las otras dos por las condiciones anatómicas.

14.^a El polimorfismo del chancro sifilítico del ano es un hecho positivo; es mucho mayor que el de la amígdala y sobre el que tanto habló algún clínico. El chancro sifilítico anal es el más típico y protomórfico; muchas veces múltiple; ¡cuantos dolores! como ocurre en la fisura ano-chronica sifilítica.

15.^a El chancro intrarectal es poco frecuente; las condiciones de región no son lo más abonadas para su ariente y como por otra parte la apreciación de los caracteres que indican la existencia del chancro es difícil, de aquí que se observe menor número de veces de las que en realidad se presenta.

16.^a La apertura de la cavidad buco-faríngea por las manifestaciones terciarias de la sífilis es tal, que

podemos asegurar que es de todas las regiones la más castigada por la sífilis terciaria. Sifiloma, con sus variedades gomoso escleroso y sílicero, representantes anatómicos patológicos del tercer período de la sífilis los podemos encontrar en todas las tramas del aparato digestivo, siendo tanto menos frecuente cuanto más nos apartamos de la faringe y nos aproximamos al recto, donde vuelve a ser frecuente.

17.ª En la variedad bubo-faríngea la manifestación primaria de la sífilis disminuye de frecuencia a medida que nos aproximamos a la faringe, siendo mucho más frecuente en los labios que en esta; al revés ocurre con las manifestaciones terciarias que son más frecuentes en la faringe que en los

labios. En estos se presenta el sífiloma con sus dos variedades, gomoso y escleroso; la primera en el labio superior con más frecuencia, la segunda en el inferior.

18.^a El sífiloma gomoso atenta en su evolución los cuatro periodos de infiltración, endurecimiento, ulceración y reparación; el escleroso sus dos hipertípicos simulando el labio del escrofuloso y atrofico retratando el del esclerodermico. Ambas lesiones son propias de sífides avanzadas.

19.^a La lengua es órgano mucho más castigado que los labios, por la sífilis terciaria: es verdad que su arquitectura anatómica, la predispone a mi juicio para el ariente de la manifestación terciaria y sus condiciones fisiológicas no dejan de ser abonadas para su pro-

sentación.

20^a Las dos variedades de sífilomas orientan en la lengua la pliegan, la bolulan, la hipertrofia, la atrofia, la agrietan, las úlceras según su localización y variedad.

22^a El edema de la lengua es equivocho agudo que puede presentarse en los atacados de glosopatia específica de la misma manera que el de la glotis lo hace en los atacados de laringopatia específica.

23^a Llegamos a la bóveda palatina del sífilítico y en ella de la misma que en el alienado hallamos la ojivalidad, estigma físico de su psicopatia, en el sífilítico hallaremos un goma o una perforación alguna, señal indeleble de su infección. Aquí el goma evoluciona como en cualquier otra región, pero por condiciones anatómicas la perforación de la bóveda

es la secuela de la ulceración gommíosa.

24.^a La perforación de la bóveda, que va acompañada de importantes trastornos deglutorios y fonatorios, no es siempre consecutiva a la sífilis nasal como suponen muchos, no, no va precedida por la rinitis específica, son muchos los casos en que la perforación tiene lugar de abajo a arriba a consecuencia de un goma asentado en dicha bóveda.

25.^a La sífilis terciaria tiene por el velo del paladar una predilección grande, tan grande, casi como el tubérculo por el vértice del pulmón. Es el velo del paladar tan atrocemente castigado por la sífilis terciaria que no solo le agobia esta con las dos variedades de sífilis, ma sino que se observa una lesión más, la ulceración terciaria, no perforante tan

frecuente en el velo del paladar que le tiende, perfora
y destruye. 387

26.º En el velo del paladar observanse además de
estas ulceraciones terciarias, gomosas, squiginosas y
perforantes, otras no gomosas ni perforantes, pero en
las que la tendencia a la hemorragia es
de y la presentación precoz, aliviando el a lo
sifilitico terciario.

27.º En la amígdala se presentan todas las lesiones
terciarias. En los tres periodos de la sífilis la amig-
dala reacciona como órgano eminentemente
adenoides en la infección: así en el primero una
amigdalitis dracurora, en el segundo una amig-
dalitis tóxica y en el tercero una ulcerosa.

28.^a Hallamos en el tercer periodo de la sífilis, (358)
en la amígdala la atrofia tonsilar sífilítica,
dependiente de la esclerosis del mismo
ind. es la infección que tiene declarada
conste destrucción a todo lo adenoideo.
atrofia tonsilar, lesión tuberculosa. Atrofia
lesión sífilítica.

29.^a En la faringe, el sífiloma gornooso pa-
rece ostentar su maximum de frecuencia por
encontrar un oreo y duro lecho indurto por
un fibro. musculo. mucosa, condiciones
tan apertadas por dicha lesión como se vio
en la bóveda palatina. En ella ostenta la
evolución que en cualquier otra región que
avance como se vea por condiciones topo-

gráficas; la osteomielitis gumosa y la hemorragia
 20.^a Otra de las secuelas terribles del sífiloma al presen-
 tar en la faringe sobre todo cuando afecta la
 evolución esclerosa es la estrechez de este órgano,
 que puede tener lugar en este tercer período por
 retracción cicatricial (gomos) por esclerosis de
 las paredes (sífilomas) por adherencias con or-
 ganos vecinos principalmente el velo del pala-
 dar constituyendo en este caso la llamada
 anguilosis faringó-velo-palatina.

21.^a La estrechez por gomos radica en los ex-
 tremos de la cavidad naso-faringe y laringo-
 faringe: las ocasionadas por adherencias ulcero-
 sas radican en la parte media, ludo-faringe
 y las determinadas por sífilomas indistintamen-

te en las tres regiones, cuando no en las tres a un tiempo. (360)

32.^a Las perturbaciones funcionales son tanto más graves cuanto más desciende el sitio de la estrechez, pues las vecindades de la laringe y las funciones se van complicando.

33.^a Para el esófago no hay naturalera, para él no hay más que lesión: ante el sífilis terciario reacciona mecánicamente, estrechándose, ulcerándose, como ante cualquier otra causa moragena.

34.^a Las lesiones que en el esófago determina la sífilis, tienen su predilecto asiento en el

36

tercio superior. Los gomas, úlceras, esclerosis ocasionan en el esófago estrecheces, ectasias, úlceras, rot y perforaciones. Hay una alteración que aparece en el tercer periodo, pero que no obedece a estas lesiones: la disfagia paralizante.

35^a Las lesiones que en el esófago determinan causas múltiples las ocasiona en el más solo enfermedad, la sífilis, y es que la etiología esofágica, ó es toxi-infecciosa ó neoplasica y la sífilis es enfermedad que tiene mucho de toxi-infeccioso y bastante de neoplasica.

36^a Las esofagopatías sífilíticas no son diagnosticables en vida ni medicinas, ni más; se hará su diagnóstico por exclusión, es verdad, pero que esto se procede así ante la mayor parte de las enfermedades?

37.^a — El estómago parece ser un órgano vulnerable ante la sífilis; sin embargo como en todos sufre al terciarismo y en él hablamos las clásicas úlceras y los sífilomas. Anatómicopatológicamente todas las lesiones gástricas de la sífilis terciaria son gomosas, clínicamente todas son ulcerosas.

38.^a — La ulceración y es la lesión sífilítico-terciaria más frecuentemente del estómago sea la ulceración d'emble, sea gomosa y tanto estas como las gomas ostentan su mayor frecuencia topográfica en la cara posterior y en las proximidades de las

orificios.

39.^a — Lo q^d llama verdaderamente la atención de las lesiones úlcero-sifilíticas estomacales es la gran tendencia a las hemorragias.

40.^a La concomitancia sifilítico-terciaria hepativ-gástrica es un hecho frecuente y de alta trascendencia para el diagnóstico. El de la ulceración en el estómago de los sifilítico-terciarios, deben hacerse con la úlcera de Cruveilhier. Estas son úlcerosas, aquellos ulcerosos; aquellas son firmes

choro-mucosas, estos viejos sífilíticos; 36
hipoplasia arterial, aquí, esclerosis vas-
cular.

41^a — En el estómago de los sífili-
ticos, hallamos a mi vez condiciones
abonadas para q^d se produzca la úlce-
ra de Cruveilhier y entonces, en estos
casos de úlceras gástricas q^d pudiesen
llamarse parasifilíticas la difícil-
dad del diagnóstico llega al máxi-
mum.

42^a — La úlcera gémoma locali-
zada en el píloro puede originar

365

como secunda. a la manera q. cual-
quiera otra úlcera, la estrechez pibó-
rica pero el diagnóstico de la natu-
raleza de esta no ofrece interés ha-
traspasado el límite de la terapéutica
específica y cualquiera q. sea su
origen, el tratamiento es lo mismo:
ante el bisturí, no hay moribunda.

43.^a — El intestino es el tramo del
aparato digestivo menos castigado por
las manifestaciones terciarias de la
sífilis a excepción de su extremo
terminal, el recto. pues ya sabemos

la apatencia de la sífilis por los ^{368 bis} ex-
trínsecos terminales de dicho aparato.

44.^a — Gomas, sínceras, esclerosis, con
sus secuelas hemorrágicas, estrecheces y
perforaciones se encuentran en el intesti-
no delgado de los sífilíticos; si lo q.^o hay
q.^o añadir una ulceración más; la
degeneración amiloide de la mucosa
intestinal.

45. — La anatomía - patológica enla-
za la levis terciaria de intestino de los
sífilíticos con las demás lesiones terciarias;
clínicamente están hermanadas con las

enteropatis. ~~Parot~~ decía del ³⁶⁶ ~~histerismo~~
q.º era la gran simuladora: transporte
aquí estas palabras para la sífilis intes-
tinal.

46.^a — Las lesiones sífilíticas del intes-
tino se presentan con más frecuencia
en el grueso q.º en el delgado. Estas
lesiones sífilíticas terciarias, avarcan, co-
mo se dice la estrechez; los gomas, la
neoplasia, la úlcera, la cicatrizal,
los sífilomas, la constrictiva: tres tí-
pos de estrechez señalados por Heichenstein.

7.^a El diagnóstico diferencial entre ³ los enteropatías sífilíticas ulcerosas y las de naturaleza tuberculosa, tífica, cancerosa, y disenteria amig.^a rodeado de algunas dificultades, es posible en el mayor número de casos para lo q.^a las concomitantes sindrómicas por de elementos valiosísimos.

8.^a - De todos los tejidos del intestino ninguno tan castigado como el recto, q.^a como órgano q.^a se halla bajo el dominio de lo sífilítico terciario padece ulceras y fístulas y como órgano tubular se

estrecha.

49^a - Lo q^d domina la patología rectal es la estrechez sífilítica del recto tan frecuente en el sexo femenino. Las lesvires terciarias, secundarias y primarias pueden originar la estrechez rectal pero ninguna con tanta frecuencia como el sífiloma escleroso.

50^a - Los tres tipos de estrechez rectal, muscular, cicatricial e inflamatoria se presentan en el recto del sífilítico: la primera por los gomas,

la segunda por las úlceras, y la tercera por
los sífilomas esclerosos. 369

51.^a — Situación inferior, dureza
lentitud de desarrollo, aspecto ~~rugoso~~ de
la mucosa por elementos q.^e facilitan
el diagnóstico de la estrechez rectal de
naturaleza sífilítica y es para diagnos-
ticar la naturaleza de una lesión
mala como la anatomía patológi-
ca q.^e se vislumbra también en
órganos q.^e como el recto se prestan
a la exploración.

52.^a - La estrechez sifilítica del recto ⁷⁰
va acompañada de la odia sin-
drónica q. a toda estrechez rectal acom-
paña y q. hemos enumerado en
este trabajo.

53.^a - Tanto castiga la sífilis a
los extremos terminales del apara-
to digestivo q. este prejuicio facilita
el diagnóstico y es un hecho positivo
el q. todas o la mayor parte de
las estomatopatis y rectopatis llevan
a la mente la idea de esa terri-
ble infección para la q. la

inmunidad dentro de la especie humana ⁽³⁷¹⁾
es un mito.

Mariano Pera Flores-Estrada



Verifico el ejercicio del Grado de Doctor
y fue calificando al Sobresaliente.
Madrid 1 de Mayo de 1908

Encomendado Collado Anselmo Jimeno M. Potencia
Miguel Rodríguez
F. Hernandez
Juan M. Casas